



UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



TESIS

**“ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MUJERES AFECTADAS POR EL
FENOMENO DEL NIÑO COSTERO DEL CENTRO POBLADO CIUDAD DE
DIOS, PIURA 2019”**

PRESENTADO POR:

REYMAR STALIN VILCHEZ JIMENEZ

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN
PSICOLOGÍA**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: SALUD PÚBLICA

PIURA - PERÚ

2019



UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



TESIS

**“ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MUJERES AFECTADAS POR EL
FENOMENO DEL NIÑO COSTERO DEL CENTRO POBLADO CIUDAD DE
DIOS, PIURA 2019”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN

PSICOLOGÍA


BR. REYMAR STALIN VILCHEZ JIMENEZ
EJECUTOR


MG. CARLOS MIGUEL ORTIZ DE LA CRUZ
ASESOR

PIURA – PERÚ

2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD DE LA TESIS

Yo, REYMAR STALIN VILCHEZ JIMENEZ, identificado con DNI N°76435018, Bachiller de la Escuela Profesional de PSICOLOGÍA, de la Facultad de CIENCIAS DE LA SALUD y Domiciliado en CALLE MANUEL REJON 215-A.H.- EL OBRERO del Distrito de SULLANA, Provincia de SULLANA del Departamento de Piura.

DECLARO BAJO JURAMENTO, que la tesis que presento es original e inédita, no siendo copia parcial ni total de una tesis desarrollada, y/o realizada en el Perú o en el extranjero, en caso contrario de resultar falsa la información que proporciono, me sujeto a los alcances de lo establecido en el Art. N°411, del código Penal concordante con el Art. 32° de la Ley N° 27444, y Ley del Procedimiento Administrativo General y las normas Legales de Protección a los Derechos de Autor.

En fe de lo cual firmo la presente.

Piura, julio de 2019



REYMAR STALIN VILCHEZ JIMENEZ
DNI N° 76435018



UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

TESIS

**“ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MUJERES AFECTADAS POR EL FENOMENO
DEL NIÑO COSTERO DEL CENTRO POBLADO CIUDAD DE DIOS, PIURA
2019”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN
PSICOLOGÍA**

DR. VICTOR OCAÑA GUTIÉRREZ

PRESIDENTE

MG. BILLY GUTIÉRREZ ADRIANZÉN

SECRETARIO

DR. BENICIO JARA FLORES

VOCAL

PIURA - PERÚ

2019



"ACREDITACIÓN, COMPROMISO DE TODOS"
Universidad Nacional de Piura Facultad de Ciencias de la Salud
"Año de la Lucha Contra la Corrupción y la Impunidad"



ACTA DE SUSTENTACION



Ejecutor (es) : REYMAR STALIN VILCHEZ JIMENEZ
Asesor : MG. CARLOS MIGUEL ORTIZ DE LA CRUZ

Los Miembros del Jurado Calificador que suscriben, nombrados con Resolución 216-19-FCS-del 07/06/19 UNP, dictaminan que el Trabajo de Investigación "ANSIEDAD Y DEPRESION EN MUJERES AFECTADAS POR EL FENOMENO DEL NIÑO COSTERO DEL CENTRO POBLADO CIUDAD DE DIOS, PIURA 2019" presentado por el Bachiller (es) REYMAR STALIN VILCHEZ JIMENEZ, para optar el Título de Licenciado en Psicología de la Universidad Nacional de Piura, está en calidad de:


APROBADO				DESAPROBADO
EXCELENTE	SOBRE SALIENTE	MUY BUENO	BUENO	
		X		


En consecuencia queda en condición de ser calificado APTO por el Consejo Universitario de la Universidad Nacional de Piura y recibir el TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA de conformidad con lo estipulado en la ley.

En fe de lo cual se firma la presente a los quince días del mes de julio del 2019

Castilla, 15 de julio del 2019


DR. VICTOR OCAÑA GUTIERREZ
PRESIDENTE


MG. BILLY GUTIERREZ ADRIANZEN
SECRETARIO


DR. BENICIO JARA FLORES
VOCAL

DEDICATORIA

*A mi madre, por haberme dado la oportunidad de vivir y estar conmigo en este mundo
lleno de vicisitudes; por ser mi motivo, fuerza y compañía día a día.*

AGRADECIMIENTOS

A mis maestros, quienes por sus enseñanzas aprendí a más que valorar la profesión.

*A mi asesor, quien por su inteligencia y comprensión pude culminar este proyecto, el cual,
no hubiese sido posible sin su ayuda y también por la amistad brindada a lo largo del
trabajo realizado. Mis más sinceros agradecimientos.*

INDICE

RESUMEN	XII
ABSTRACT	XIII
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I: ASPECTOS DE LA PROBLEMÁTICA	5
1.1. Descripción de la realidad problemática.....	5
1.2. Formulación del problema de investigación	6
1.2.1. Problema General.....	6
1.2.2. Problemas Específicos	7
1.3. Justificación e importancia de la investigación	7
1.4. Objetivos.....	8
1.4.1. Objetivo General	8
1.4.2. Objetivos Específicos.....	8
1.5. Delimitación de la Investigación	9
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.....	10
2.1. Antecedentes de la investigación	10
2.1.1. Internacionales	10
2.1.2. Nacionales	12
2.2. Bases Teóricas	12
2.2.1. Ansiedad.....	12
2.2.2. Depresión	21
2.2.3. Impacto de los desastres en salud mental.....	28

2.3. Glosario de términos básicos	30
2.3. 1. Ansiedad y Depresión	30
2.3. 2. Mujeres Afectadas.....	31
2.3.3. Fenómeno del Niño Costero.....	31
2.4. Hipótesis	33
2.4.1. Hipótesis General	33
2.4.2. Hipótesis Específicas	33
2.5. Definición y Operacionalización de variables	33
2.5.1. Definición Conceptual de Ansiedad.....	33
2.5.2 Definición Operacional de Ansiedad	36
2.5.3. Definición Conceptual de Depresión	37
2.5.4. Definición Operacional de Depresión	39
2.5.5. Operacionalización de variables.....	39
CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO	41
3.1. Enfoque.....	41
3.2. Diseño	42
3.3. Nivel.....	42
3.4. Tipo.....	42
3.5. Sujetos de la Investigación	42
3.5.1. Población.....	42
3.5.2. Muestra.....	42
3.5.3 Criterios de Inclusión y Exclusión	42

3.6. Métodos y Procedimientos.....	43
3.6.1. Método	43
3.6.2. Procedimiento	43
3.7. Técnicas e Instrumentos.....	44
3.7.1. Técnicas.....	44
3.7.2. Instrumentos.....	45
3.8. Aspectos Éticos.....	47
Capítulo IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	47
4.1 Resultados	47
4.2 Discusión	53
CONCLUSIONES	58
RECOMENDACIONES.....	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXOS	64

INDICE DE TABLAS

Tabla 1:Manifestaciones sintomatológicas de la ansiedad	36
Tabla 2:incidencia de depresión en MDCPCD.....	48
Tabla 3:Incidencia de depresión según grupo etario.	49
Tabla 4:Incidencia de ansiedad en MDCPCD.....	50
Tabla 5:Incidencia de ansiedad según grupo etario.....	51

INDICE DE GRAFICOS

Grafico 1:Incidencia de depresión en MDCPCD.	48
Grafico 2:Incidencia de depresión en MDCPCD según grupo etario.	50
Grafico 3:Incidencia de ansiedad en MDCPCD.....	51
Grafico 4:Incidencia de ansiedad en MDCPCD según grupo etario.....	52

RESUMEN

La presente investigación titulada, Ansiedad y Depresión en mujeres afectadas por el Fenómeno del Niño Costero del centro poblado ciudad de Dios, Piura 2019, se desarrolló con el objetivo de identificar la incidencia y niveles de depresión y ansiedad en las mujeres que habitan el nuevo centro poblado ciudad de Dios, ubicado en el kilómetro 975 de la Panamericana Norte; posterior al Fenómeno del Niño Costero del año 2017. Para la investigación se consideró mujeres porque ellas representan uno de los grupos más vulnerables en casos de desastres naturales. La muestra fue seleccionada cumpliendo los criterios de inclusión y exclusión, se trabajó con un grupo de 100 mujeres; el diseño del presente estudio fue no experimental- transversal, de nivel descriptiva y de enfoque cualitativo. Se utilizó el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad de Beck. Los resultados muestran que existen porcentajes significativos sobre la incidencia de depresión y ansiedad; se registró un 72% de incidencia de depresión y 68% de incidencia de ansiedad en las mujeres víctimas del Fenómeno del Niño costero, que habitan el nuevo centro poblado ciudad de Dios. Registrándose la aparición de ansiedad y depresión después de haber padecido los estragos del Fenómeno del Niño Costero.

Palabras claves: depresión, ansiedad, mujeres, fenómeno del niño costero.

ABSTRACT

The present research entitled, Anxiety and Depression in women affected by the Coastal Child Phenomenon of the city center of God City, Piura 2019, was developed with the objective of identifying the incidence and levels of depression and anxiety in the women who inhabit the new center populated city of God, located at kilometer 975 of the Pan-American North; after the Coastal Child Phenomenon of the year 2017. For the research, women were considered because they represent one of the most vulnerable groups in cases of natural disasters. The sample was selected fulfilling the inclusion and exclusion criteria, it was worked with a group of 100 women; the design of the present study was non-experimental-transversal, descriptive level and qualitative approach. We used the Beck Depression Inventory and the Beck Anxiety Inventory. The results show that there are significant percentages of the incidence of depression and anxiety; there was a 72% incidence of depression and 68% incidence of anxiety in women victims of the coastal Niño phenomenon, who live in the new town center of God City. Registers the appearance of anxiety and depression after having suffered the ravages of the Coastal Child Phenomenon.

Keywords: depression, anxiety, women, coastal child phenomenon

INTRODUCCIÓN

La historia de los desastres y las consecuentes pérdidas de vida, bienes y daños severos al medio ambiente es tan larga como la de la humanidad, el Perú no ha escapado de ellos, como lo fue El Fenómeno del Niño Costero que se inició en la cuarta semana del mes de diciembre del 2016. El 3 de febrero del 2017 se declaró en “estado de emergencia” las regiones de Tumbes, Piura y Lambayeque. Ese mismo día, el Comité Multisectorial Encargado del Estudio Nacional del Fenómeno de El Niño informó a el establecimiento del estado de alerta de El Niño Costero (FEN) que se extendió por todos los departamentos del litoral peruano, incluyendo el departamento de Lima. Los daños más graves se registraron en el norte del Perú, los departamentos fueron afectados por lluvias torrenciales que provocaron inundaciones y huaicos, afectando a viviendas y áreas de cultivos; y se prolongó hasta el 31 de mayo de 2017, la cual causó una serie de eventos de emergencia que se pueden calificar como extraordinario como se especifica en el Informe Técnico Extraordinario N°001-2017/ENFEN, donde menciona que el gobierno declaró en emergencia a 13 de los 24 departamentos y a la provincia constitucional del Callao. En Piura fue donde más viviendas quedaron destruidas: 22 mil. Sin embargo, la región que tuvo la mayor cantidad de casas dañadas por las inundaciones y deslizamientos fue la Libertad: 104 mil.

En Piura se confirmaron 6270 casos de dengue de un total de 32,630. El 87% del total de casos notificados están concentrados en 8 distritos: Piura, Castilla, Sullana, Veintiséis de Octubre, Tambogrande, Pariñas, Catacaos, y Bellavista. Con respecto a Chikungunya y Leptospirosis, se reportaron 627 y 308 casos respectivamente.

El Niño costero, también llamado Fenómeno de El Niño costero (FEN costero), es un evento climatológico que consiste en el calentamiento anómalo de las aguas del Océano Pacífico ecuatorial en las proximidades de las costas sudamericanas, lo que implica que afecta el clima de países como Perú, Ecuador y en ocasiones precisas a Chile.

Este evento constituyó el mayor desastre en la región desde 1998. Las lluvias arreciaron desde fines de enero de 2017 y su mayor impacto fue a fines de marzo, durando hasta abril. En Perú se reportó un total de 101 fallecidos, 353 heridos, 19 desaparecidos, 141 000 damnificados y casi un millón de afectados; mientras que en Ecuador se reportaron 16 fallecidos.

En el distrito de Curamori, los daños fueron cuantiosos, el desborde del río hizo desplazarse a toda la población formando lo que ahora llamamos nuevos centros poblados, y es en Ciudad de Dios kilómetro 975 de la Panamericana Norte, donde se enfoca mi investigación, con un grupo de 100 mujeres que asisten al comité de madres del programa Cuna Mas, al centro de educación infantil y mujeres que residen en el centro poblado ciudad de Dios.

La literatura científica sobre cómo afectan a la salud mental las experiencias adversas en las personas víctimas de desastres es abundante y las han relacionado con multitud de dificultades físicas, psicológicas, sociales, de relaciones afectivo-sexuales, entre otras (Bambarén,2011)

La ansiedad y depresión siempre están presentes en el efecto post-trauma. Refieren que la ansiedad ocurre debido al temor de un suceso amenazante inmediato o futuro (por ejemplo, un robo), mientras que la depresión tiene lugar debido a un suceso de pérdida (por ejemplo, la muerte de un ser querido). La ansiedad y la depresión son

síndromes relacionados, considerándose que tienen un origen común y que cualquiera de ellas puede predisponer a la otra. Es importante, pues, describir la presencia de ambas problemáticas de forma tanto individual como conjunta. (Manrique,2002)

La investigación tiene como objetivo identificar la presencia de ansiedad y depresión y los niveles que se encuentran en un grupo de 100 mujeres, que fueron afectadas del fenómeno del niño costero.

La reacción de las personas frente a estos desastres son un tipo concreto de trauma que son eventos peligrosos y repentinos que abruman los recursos psicológicos, físicos y económicos de las personas y las comunidades (Figley, 1985). En general, los traumas poseen las siguientes características: son de gran intensidad, imprevisibles, infrecuentes y varían en duración de agudos a crónicos, y se manifiestan con síntomas depresivos y ansiedades.

La depresión como consecuencia de un evento traumático, se puede manifestar de muchas maneras, y ésta puede tener manifestaciones cognitivas, emotivas, conductuales o fisiológicas. Por lo general, las personas traumatizadas muestran depresión en varias de esas modalidades. En general, las distintas formas de depresión se dan como consecuencia de una pérdida de control. Las personas responden con estados depresivos cuando no pueden controlar el medio ambiente, cuando ven que cualquier cosa que ellas puedan hacer no cambia su situación, o cuando no pueden controlar los propios sentimientos de ansiedad e inadecuación.

La investigación tiene un enfoque cualitativo con un diseño no experimental, es descriptivo, indagaremos la incidencia de las variables: ansiedad y depresión; el instrumento que se utilizó fue el Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck, ambas escalas de cuantificación de síntomas de base empírica. Ha tenido una amplia difusión

y ambos inventarios constan de 21 ítems y en ellos se pueden medir y diferenciar niveles de ansiedad y depresión. Los resultados serán analizados estadísticamente en el programa Epi info en su versión 7.2 y en el programa Microsoft Excel.

El presente estudio consta de cuatro capítulos, en el primer capítulo se describe los aspectos de la problemática, en él se aprecian los aspectos básicos de la investigación; en el segundo capítulo se detalla el marco teórico que sustentan la investigación; en el tercer capítulo se describe el marco metodológico de la investigación; en el cuarto capítulo se presentan los resultados obtenidos a través de tablas y gráficos, los cuales se describen, analizan, así como, se realiza la discusión de dichos resultados, se plantean las conclusiones del estudio y se presentan las recomendaciones.

CAPITULO I: ASPECTOS DE LA PROBLEMÁTICA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

El Fenómeno del Niño Costero que se inició en la cuarta semana del mes de diciembre del 2016 y se prolongó hasta el 31 de mayo de 2017, la cual causó una serie de eventos de emergencia que se pueden calificar como extraordinario como se especifica en el Informe Técnico Extraordinario N°001-2017/ENFEN, donde menciona que el gobierno declaró en emergencia a 13 de los 24 departamentos y a la provincia constitucional del Callao. Este evento al 95.5% de los datos procesados (al 04 julio 2017) tiene un total de un millón 782 mil 316 personas entre damnificados y afectadas. En Piura uno de los departamentos más afectados por contar con zonas vulnerables y de alto riesgo se vio afectada de manera muy grave.

El distrito de Curamori es uno de los más vulnerables de la provincia de Piura, a dos años aproximadamente de FEN, se han creado centros poblados en los kilómetros 975 carretea de la Panamericana Norte camino a Chiclayo, sus habitantes tienen muchas limitaciones de servicios básicos, aunque el gobierno ha tratado de ayudar incorporando acciones rápidas de emergencia, todavía la falta de agua potable y otros servicios son escasos.

Actualmente existe la preocupación por parte de la población que habitan estos nuevos centros poblados, y es la aparición nuevamente del fenómeno del niño, lo cual genera en ellos ansiedad por no contar con las medidas de protección y de alto riesgo que corren sus hijos, como nos manifiestan el grupo de mujeres, que asisten al comité de madres del programa Cuna Mas y de la I.E. infantil. Es importante entender el impacto psicológico que estos desastres producen, efectos psicológicos en las personas, el post-trauma que han sufrido y que no ha sido del todo superado; por definición, los desastres son traumáticos y sobrecargan los recursos disponibles de la comunidad, lo cual pone en peligro la capacidad de las personas y de la comunidad para afrontarlos. Aunque existe bastante latitud en la manera cómo responden las personas a los traumas y a los desastres de tal manera que existen diferencias individuales

notables como menciona Bowman (1997), algunas reacciones son relativamente comunes como son la ansiedad y depresión. Formas comunes de depresión incluyen las siguientes características, como estados letárgicos o de inactividad motora, sentimientos de apatía o desesperanza, pensamientos negativos constantes, dificultades en concentración, pérdida del apetito y perturbaciones en el sueño. Otra manera de reaccionar en los momentos del desastre es con un elevado sentimiento de ansiedad. Esta ansiedad puede ser útil para que las personas puedan actuar más allá de sus fuerzas físicas y así logren sobrevivir. Pero, de igual forma, esta ansiedad impide a las personas identificar aspectos importantes en su medio ambiente físico y social, que les pueden ayudar a sobrevivir en esas situaciones en que viven.

El primer auxilio es importante para el funcionamiento de la salud mental y la resiliencia de las personas, las sociedades y los países que se recuperan de desastres naturales o conflicto. Así lo explica el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) “Volver a construir mejor: atención de salud mental sostenible después de una emergencia”.

El presente trabajo de investigación se realiza con estas 100 mujeres de familia del nuevo centro poblado Ciudad de Dios, distrito de Curamori, departamento Piura, el estudio tiene como objetivo identificar la presencia de ansiedad y depresión, y sus niveles en este colectivo de mujeres, que fueron víctimas del Fenómeno del Niño Costero.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.2.1. Problema General

¿Existe ansiedad y depresión en las mujeres afectadas por el fenómeno del niño costero que habitan en el centro poblado Ciudad de Dios del distrito de Curamori, Piura?

1.2.2. Problemas Específicos

1. ¿Cuál es el nivel de ansiedad en las mujeres afectadas por el fenómeno del niño costero, que habitan en el centro poblado Ciudad de Dios del distrito de Curamori, Piura?
2. ¿Cuál es el nivel de depresión en las mujeres afectadas por el fenómeno del niño costero, que habitan en el centro poblado Ciudad de Dios, del distrito de Curamori, Piura?

1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

En situaciones de desastres, es importante que el personal de salud y los integrantes de la comunidad aprendan a identificar oportunamente a las personas que presenten algún problema psicosocial, observando especialmente a los grupos más vulnerables. También, es importante contar con información previa de las personas que tienen problemas mentales (OPS, 2010).

Los profesionales de la salud trabajamos en una amplia gama de escenarios, y es inevitable el contacto con personas que experimentan de alguna u otra manera perturbación psicológica como respuesta a eventos traumáticos como lo ha sido el FEN. Como psicólogos tenemos un compromiso sobre la salud mental de la sociedad, más aún con estas personas que han sido víctimas de este desastre natural, el concepto de víctima está siempre vinculado a un daño sufrido por un individuo causado por agentes externos. En este sentido se puede definir como víctima a una persona que se sitúa individualmente o que forma parte de una colectividad, que sufrirá o sufrió las consecuencias dolorosas determinadas por factores de distintos orígenes: físicos, psicológicos, económicos, políticos, sociales y también naturales (catástrofes).

Por su parte, Muñoz y Silva (2016), definen a la víctima como un individuo que sufrió un daño en su integridad personal por un agente externo evidente para sí mismo y para el cuerpo social. Es justificable entonces a través de este estudio saber si hay ansiedad y depresión, y así brindar el apoyo profesional respectivo a través de programas específicos de fortalecimiento en

las áreas que afecten la personalidad de este grupo vulnerable, que está conformado por mujeres, que luego repercutirá en la crianza de sus hijos y familia en general. Se debe mencionar que el centro poblado Ciudad de Dios no cuenta con agua potable y los 270 pobladores son de muy bajos recursos económicos, hemos asumido una responsabilidad desde la academia para sugerir a las autoridades de turno la importancia de la calidad de vida en ellos y tener una sociedad más justa y humana.

Es importante al permitir ayudar a identificar, cuan afectada se encuentra la población después del fenómeno del niño a nivel emocional y de tal manera saber cómo intervenir ante el suceso traumático y ser un apoyo y un soporte emocional para la persona o familia que ha sido afectada. También la investigación porque aportara a la comunidad científica con datos estadísticos para la utilización de futuras investigación con relación al tema.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo General

Establecer la existencia de ansiedad y depresión en un grupo de mujeres afectadas por el fenómeno del niño costero que habitan en el centro poblado Ciudad de Dios del distrito de Curamori-Piura.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Identificar el nivel de ansiedad en las mujeres afectadas por el fenómeno del niño costero y que habitan en nuevo centro poblado Ciudad de Dios, en el distrito de Curamori – Piura.
- Identificar el nivel de depresión en las mujeres afectadas por el fenómeno del niño costero y que habitan en nuevo centro poblado Ciudad de Dios, en el distrito de Curamori – Piura.

1.5. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Hasta la fecha, las instituciones estatales no brindan reportes que indiquen el número de personas con problemas de salud mental por causa del fenómeno del niño costero. Si bien se encuentra investigaciones relacionadas al FEN, pero a nivel del impacto económico, de infraestructura, y planes técnicos para reconstrucción, no se encuentra muchas investigaciones en este tema específico, unas cuantas sobre el efecto post traumático que ocasiono el desastre.

También nuestro estudio se limitó a una muestra de 100 mujeres que participan en el comité del programa Cuna Mas, un centro infantil y que residen en el centro poblado ciudad de Dios y que de manera constante participan de las actividades de desarrollo de Ciudad de Dios.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. Internacionales

Tapia, Sepúlveda y Medina (2015), revelaron en su investigación “Prevalencia del síndrome de estrés post traumático en la población sobreviviente a un desastre natural”, la realizó con los sobrevivientes del sismo de septiembre de 1985 en México. Este estudio utilizó una muestra de 532 individuos seleccionados de 114 albergues públicos. La información recolectada se obtuvo mediante la entrevista de diagnóstico psiquiátrico, elaborada por Spitzer y el Cuestionario de Entrevista Diagnóstica del Instituto Nacional de Salud Mental de EUA. Dando como resultado que el 32% de su población estudiada presentaba el síndrome de Estrés Postraumático.

Gaborit en el año 2006 realizó una investigación titulada: “*Desastres y trauma psicológico*” en la Universidad Centroamericana José Simeón Cañas del El Salvador, el estudio bibliográfico señala las causas sociales que hicieron que los terremotos de enero y febrero 2001 en El Salvador tuvieran consecuencias tan funestas para personas y comunidades. Se identifican las distintas reacciones que tienen las personas en las distintas fases después del evento traumático, entre las que se destacan la re-experimentación, la evitación, estados disociativos, y algunas reacciones secundarias tales como la depresión, la culpabilidad y la baja autoestima. Se describen, además, aquellos factores que median las relaciones psicológicas de las personas al evento traumático: factores biológicos, evolutivos, sociales y de personalidad. Finalmente, se presenta un pequeño modelo que conceptualiza el estrés traumático en desastres tomando en cuenta variables socio-psicológicas. Las respuestas al acontecimiento traumático varían y aunque existan modalidades parecidas, no todas las personas responden igualmente, tanto a la clase de trauma y su severidad influyen en cómo las personas responden a él. Algunas respuestas son genéricas, es decir, son comunes a muchos tipos de traumas. Como se ha visto,

muchas de las respuestas de las personas a los terremotos, incluyendo el estrés postraumático, son similares a las que presentan otras personas en otros tipos de traumas (por ejemplo, la experiencia en combate armado, el abuso sexual, los accidentes de vehículos). Otras respuestas son únicas al acontecimiento traumático. Así, por ejemplo, la exposición a cadáveres y cuerpos mutilados y la conducta de evitación consiguientes son típicos de los desastres y, obviamente, no ocurren en los casos de violación y abuso sexual. La severidad del trauma, por su lado, determina en gran medida la profundidad del trauma y el tiempo y curso de recuperación. Determinando que la salud mental de muchos salvadoreños y salvadoreñas se vea seriamente afectada después de los terremotos sucesivos de 2001. De hecho, según datos del Ministerio de Salud, las consultas psicológicas hasta finales de marzo de 2001 habían aumentado a 17.170, comparadas con las 7.000 del año anterior, un aumento de aproximadamente 245%.

García y Morales en el año 1999 realizaron una investigación titulada: *“Reacciones psicológicas ante un desastre natural: La inundación de El Limón”* en Venezuela; este estudio reporta las reacciones psicológicas de las víctimas de la inundación de la comunidad El Limón, Estado Aragua, a 10 personas que sufrieron pérdidas de familiares (alta victimización) y a diez personas que perdieron sus posesiones materiales (baja victimización) les fue administrada una breve batería de pruebas psicométricas y una entrevista estructurada. A 20 personas que conformaron el grupo control les fueron administradas las pruebas solamente. El estudio fue orientado por una concepción (Teoría de Adaptación Cognitiva) que subraya los esfuerzos de la persona por encontrar significado a su desgracia, por tratar activamente de controlar su entorno y por reconstruir su autoestima. Los resultados mostraron que 9 meses después del desastre, las personas afectadas (alta más baja victimización) eran equivalentes al grupo control en medidas de control percibido, esperanza pasiva y autoestima, pero esas mismas personas (víctimas) mostraban mayor depresión que el grupo control. Se concluye declarando que la

Teoría de Adaptación Cognitiva es útil en la explicación del proceso de recuperación de las personas que han sufrido traumas fuertes, como los ocasionados por la tragedia de El Limón.

2.1.2. Nacionales

La investigación titulada: “Estrés post traumático por el fenómeno del niño costero en jóvenes y adultos en el Polideportivo del C.P. El Milagro – Distrito de Huanchaco, Setiembre 2017, realizada por Contreras e Ibáñez, de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Trujillo, tuvo como objetivo el identificar la presencia del estrés post traumático y los niveles en los que se encuentran los pobladores ubicados en el polideportivo del Centro Poblado el Milagro, posterior al fenómeno del niño costero, Huanchaco, Setiembre 2017, teniendo para ello el estudio con finalidad básica, en un periodo transversal y con un tiempo de ocurrencia retrospectivo, así mismo, análisis y alcance de tipo observacional. El instrumento utilizado fue el cuestionario de Evaluación Global del Estrés Postraumático (EGEP-5), elaborado por Crespo, Gómez y Soberon. La población de este estudio fue conformada por todos los adultos ubicados en un albergue del C.P. del Milagro, siendo la muestra el total de la población elegida de los cuales el 77% fueron mujeres y el 23% varones. Se identificó en los pobladores que presentan trastorno de estrés post traumático que el 50% se encuentra en un nivel medio bajo, el 30% en un nivel bajo, el 18% se ubica en un nivel medio alto y el 2% en un nivel alto, lo cual indica presencia de los criterios del trastorno de estrés post traumático: evitación, alteraciones cognitivas, alteraciones en la activación y los síntomas intrusivos ante la experiencia vivida del fenómeno del niño costero.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Ansiedad

Entendemos que la ansiedad es una respuesta emocional ante lo que el sujeto percibe como una posible amenaza. Sabemos que muchos de los trastornos de ansiedad tienen su inicio en la infancia y si no se tratan persisten en la edad adulta con el coste, en todos los sentidos,

que ello supone (Catell,1973). El estudio de los trastornos de ansiedad en la población adulta ha sido prolífico, por el contrario, tanto en la infancia como en la adolescencia estos estudios no han tenido la misma atención y han destacado otras investigaciones más relacionadas con problemas conductuales que inciden directamente en el entorno familiar y que se entendían más propios de esta franja de edad (hiperactividad, dificultades de atención y a lo más, trastornos de ansiedad por separación o alguna fobia). Es posible, por otra parte, que como señala Sandín (1997): “la distinción psicopatológica de los trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia está más difuminada que en la vida adulta, bien porque las fronteras nosológicas son más borrosas, bien porque el grado de comorbilidad de los trastornos es muy alto. Por ello, la clasificación es menos precisa que en la vida adulta”.

Todos aceptamos que la ansiedad hace parte del repertorio de conductas del ser humano y es útil a modo de mecanismo de defensa para proteger la salud; pero cuando el sujeto tiene sensación de “incontrolabilidad” derivada de acontecimientos externos y/o internos es cuando aparecen términos como trastorno, síndrome, desorden, etc., en definitiva, cuando se cruza la frontera entre salud y patología.

Las diversas teorías explicativas acerca del desarrollo de los trastornos de ansiedad, conceptualizan y comprenden la respuesta de ansiedad desde un punto de vista multifactorial y hacen propuestas terapéuticas multidimensionales. Se considera que los factores ambientales influyen en la adquisición y mantenimiento de los trastornos de ansiedad a través del aprendizaje. Los principales modelos etiológicos o mecanismos de aprendizaje implicados son: el condicionamiento clásico, el condicionamiento operante o instrumental y el aprendizaje vicario u observacional (Domjan,1999).

Casi sesenta años nos separan del momento en que el concepto «ansiedad» es introducido en la literatura psicológica. Tal aportación se debe tanto a Freud, con la publicación de su trabajo «Angst», como a su editor que tradujo este término alemán por el equivalente

inglés «Anxiety». Desde entonces, la gran profusión de publicaciones en torno al tema, desiguales en cuanto a la rigurosidad de su método, ha aportado tanta luz como tinieblas sobre este concepto. Ello hace necesaria una revisión que permita apreciar en su conjunto la compleja interrelación de variables que integran el constructo.

En el libro publicado en el año 1997 por los autores Cobo y Romero titulado: “El constructo ansiedad en Psicología: una revisión”, nos ilustran un enfoque completo de los tipos de modelos de ansiedad que a continuación mencionamos:

Enfoque psicodinámico y humanístico de la Ansiedad

Desde su preocupación por explicar los fenómenos surgidos en la práctica de la psicología clínica, elabora Freud (1936) su compleja teoría de la personalidad. En ella el concepto de ansiedad ocupa una posición central, aparece como un estado emocional o condición caracterizado por una dimensión motora acompañada de una sensación de malestar percibida por el individuo; tal estado se produce por la incapacidad del «yo» para reprimir impulsos que por su naturaleza le resultan inadmisibles. Sin embargo, el mismo Freud, en una ulterior concepción indica que la ansiedad es una señal de peligro para el organismo. En el conjunto de su obra, el término ansiedad es utilizado como estímulo, como respuesta, como constructo y como fuerza motivacional global, siendo muy difícil en la actualidad reconstruir la concepción concreta que del término ansiedad tiene este autor. De él parten diversas corrientes teóricas que, caracterizadas por su concepción clínico-aplicada hacen de la ansiedad una idea central. Las escuelas humanista y existencialista llegan así, al margen de cualquier experimentación, a posiciones que se acercan más a una visión filosófica del significado de la ansiedad que a una explicación rigurosa de las variables que se agrupan en torno a tal constructo. En esta línea, Goldstein (1939), May (1950), Rogers (1951), Sullivan (1953), Lader y Marks (1971) y Epstein (1972).

Enfoque experimental motivacional de la ansiedad

Yerkes y Dodson (1908) sugieren la existencia de una cierta relación entre el nivel de excitación de un sujeto y el nivel de ejecución que consigue de una determinada conducta. Más tarde, y asumiendo las aportaciones de la teoría de Hull (1952), una larga serie de autores han querido considerar la ansiedad como un «drive» motivacional, responsable de la capacidad del sujeto para emitir respuestas ante una estimulación. Así, Dollard y Miller (1950), Spence y Taylor (1953) y Spence y Spence (1966). Estos últimos suponen una relación entre la ansiedad causada por la prueba y el grado de dificultad de la tarea a ejecutar, de manera que una respuesta condicionada sencilla es aprendida con mayor facilidad por aquellos sujetos que tienen un nivel de ansiedad alto, mientras que aquellos cuyo nivel de ansiedad es menor, encuentran mayor dificultad en aprender la tarea. En tareas de mayor complejidad se encuentra el efecto contrario. Tal relación fue comprobada experimentalmente (Spence y Spence, 1966)

También desde el punto de vista experimental-conductista, y esta vez con una perspectiva de Psicología aplicada, encontramos diversos intentos de explicar la ansiedad como una respuesta condicionada. Debemos los primeros esfuerzos en este sentido a Pavlov (1927) que consigue, en una situación de laboratorio, inducir mediante un procedimiento de condicionamiento clásico lo que él llama una neurosis experimental. Casi simultáneamente Liddell y sus colaboradores obtienen los mismos resultados.

No podemos olvidar en este apartado la clásica aportación de Watson y Rayner (1920) que lograron inducir respuestas de ansiedad en Albert —un bebé de once meses— ante una pequeña rata blanca por el procedimiento de presentar este estímulo, en principio neutro, apareado con un fuerte sonido. Es cierto que los resultados de los trabajos experimentales antes citados han constituido un claro avance en la delimitación del constructo ansiedad, considerado como un estado o una respuesta emocional transitoria evaluable en función de sus antecedentes y consecuencias, así como su frecuencia y duración.

Enfoque psicométrico-factorial de la ansiedad

A partir de los años sesenta, el tema que nos ocupa es recogido por una nueva perspectiva de estudio que intenta establecer las relaciones existentes entre la ansiedad y otros constructos y variables integrantes de la personalidad. Esta nueva línea, caracterizada por su preocupación psicométrica, intenta establecer un nuevo modelo teórico general de la ansiedad, apoyándose en las técnicas de análisis factorial, así como en la teoría de los rasgos de personalidad. Debemos a Raimond Cattell el primer intento sistemático de medir e identificar el constructo ansiedad. El procedimiento multifactorial utilizado por este autor se encuentra ampliamente expuesto en sus muchos trabajos, especialmente Cattell destaca la existencia de dos factores relativos a la ansiedad: ansiedad rasgo y ansiedad estado. Cuando el estado ansiedad se hace consistente a lo largo del tiempo, conforma lo que Cattell denomina «ansiedad rasgo» y se constituye en uno de los factores integrantes de la personalidad del sujeto.

También encontramos dentro de esta línea es a C. H. Spielberger. Este autor, recogiendo los trabajos de Cattell y de Lazarus, trata de poner orden en la diversidad de consideraciones y términos existentes hasta 1966 en el panorama del tema de la ansiedad.

Insiste Spielberger en la necesidad de clarificar las relaciones existentes entre estos tres conceptos; primero, la ansiedad como estado; segundo, la ansiedad como un estado complejo que incluye el miedo y el «stress» y tercero, la ansiedad como un rasgo de personalidad. Existe también una distinción clara entre el estado, el rasgo y el proceso en que consiste la ansiedad. Por último, es erróneo considerar la ansiedad como un todo unitario.

Enfoque cognitivo-conductual de la Ansiedad

Centrada en determinar las relaciones específicas existentes entre los estímulos que desencadenan respuestas de ansiedad, tales respuestas y su mantenimiento, es decir, las teorías que se han desarrollado desde el campo conductual. Esta se halla especialmente preocupada por

el concepto de «stress» y el proceso de enfrentamiento al «stress». En su primera aproximación, Lazarus describe el «stress» como estímulo y como respuesta: como estímulo, el stress es definido como una circunstancia externa a la persona que le supone demandas extraordinarias o inusuales (Lazarus, 1999). Como respuesta, Lazarus indica cuatro tipos principales de reacción que pueden utilizarse generalmente como indicadores de «stress»:

- ✓ Autoinformes de emociones disforias como miedo, ansiedad, ira, etc.
- ✓ Conductas motoras.
- ✓ Cambios inadecuados del funcionamiento cognitivo.
- ✓ Cambios fisiológicos.

Centrando su atención en el elemento puramente psicológico del «stress», elabora el concepto de amenaza a la que atribuye dos propiedades: primero, tiene carácter anticipatorio, es decir, se halla en referencia a expectativas negativas de futuro y, segundo, depende de procesos cognitivos.

En la respuesta de «stress» distingue este autor cuatro elementos: antecedentes, mediadores psicológicos, modos de expresión de enfrentamiento y respuestas específicas de enfrentamiento.

Las condiciones antecedentes corresponden tanto a la situación y a las diferentes variables que la conforman como al sujeto (sus rasgos de personalidad, creencias, estilos cognitivos, etc.). Ambos elementos determinan la evaluación cognitiva que, como mediador psicológico, hace el sujeto del estímulo presentado. Si éste es evaluado como amenaza potencial, el sujeto responderá por medio de la puesta en práctica de sus habilidades de enfrentamiento; estas pueden ser, en general, de dos tipos o «modos de expresión en el enfrentamiento»:

a) Acciones directas (generalmente de tipo motor y encaminadas a la eliminación del peligro o a la consecución del refuerzo)

b) Procesos intrapsíquicos (fundamentalmente cognitivos y encaminados a la resolución del conflicto).

El esfuerzo de Lazarus (1999) y sus colaboradores ha sido, hasta el momento, el más importante para delimitar la relación entre condiciones antecedentes, reacciones emocionales y evaluaciones cognitivas.

En los años el tema ansiedad ha sido sustituido por la investigación de las «conductas ansiosas», que, desde el paradigma de la teoría del aprendizaje, pueden considerarse como producto de una situación estimular antecedente en la que se encuentra un sujeto y que consisten en una serie de manifestaciones a nivel cognitivo, fisiológico y motor que son mantenidas o extinguidas en función de las consecuencias o refuerzos que reportan a ese mismo sujeto.

El modelo cognitivo, considera la ansiedad como el resultado de cogniciones patológicas. Se puede decir que el individuo “etiqueta” mentalmente la situación y la afronta con un estilo y conducta determinados. El modelo cognitivo postula que, la vulnerabilidad psicológica es una característica de quienes experimentan ansiedad: se sobrevalora el peligro y se subestiman los propios recursos, Díez y Sánchez (2000). La percepción está alterada por los procesos atencionales que ayudan a decodificar la información del ambiente de forma catastrófica. Se atiende más a la información que pueda ser amenazante que a la neutral y casi cualquier dato o estímulo se interpreta en la misma dirección de peligro y riesgo.

El modelo cognitivo propone que es la interpretación negativa o catastrofista de los hechos la que explica el surgimiento y mantenimiento de la ansiedad, dando cuenta de la activación de creencias disfuncionales a partir de un suceso real (Beck, 1988).

Baladan y Thayer (2014) define la ansiedad, es una respuesta ante un conjunto de situaciones de nuestro contexto. Es una respuesta desagradable que afecta el plano emocional, subjetivo y cognitivo por la magnitud de respuestas corporales que presenta. De alguna manera la ansiedad está conectada a los procesos de activación del sistema periférico que suelen implicar nuestros comportamientos.

Dentro de la ansiedad existen tres dimensiones básicas que resaltan características muy propias de esta patología, a continuación, explicare esto:

Dimensión de las sensaciones

Krusemark, E. A. & Li, W. (2012). La ansiedad afecta al individuo a tal punto de crear sensaciones desagradables de alguna situación específica. Según Investigadores en la Universidad de Wisconsin que realizaron un estudio sobre la evaluación del nivel de ansiedad de las personas y su agudeza para discriminar diferentes aromas. Explican que la ansiedad no mejora la discriminación de buenos o malos olores, pero de alguna manera sí los olores desagradables. Por medio de la resonancia magnética aplicada a sujetos de estudio también se logró apreciar que las personas ansiosas reaccionaban de manera más intensa ante los malos olores, en comparación con quienes no sufrían ansiedad. De manera que la ansiedad hace que la persona sienta que todas las cosas, personas o situaciones tienen un olor desagradable.

Dimensión del equilibrio

Otra situación que afecta al sujeto que tiene ansiedad es el sentido del equilibrio. Algunas personas experimentan una sensación intensa que les hace tener problemas de equilibrio, es común entonces que una persona ansiosa se sienta mareada sin razón alguna; afirman esto podría deberse a que la ansiedad y el equilibrio comparten algunos circuitos neuronales. El sitio de convergencia de este circuito sería el núcleo parabraquial, donde llega tanto la información del sistema vestibular como la relacionada con la ansiedad. Esta es la razón

por la que una persona con ansiedad suele experimentar mareos y pérdida del equilibrio. (Baladan, C. D. & Thayer, J. F., 2001)

Dimensión Emocional

Uno de los planos más importantes es la dimensión de las emociones. En esta dimensión la ansiedad afecta de manera intensa realizando conclusiones apresuradas antes de pensar en una posible respuesta. De manera que las personas con ansiedad, no suelen pensar lo que dicen, más bien actúan por las emociones del momento.

Una experimentación realizada por estos investigadores en la Universidad de Illinois demostró que las personas ansiosas tienden a sacar conclusiones demasiado rápido de los estados emocionales de los demás. Fundamentalmente, estos científicos exhibieron una serie de imágenes a los sujetos de estudio donde se veía un rostro que cambiaba su expresión emocional. De esta manera, se logró apreciar que las personas ansiosas eran capaces de notar antes que las demás el cambio en la expresión, pero se equivocaban más a menudo en identificarla. Estos investigadores explican que una característica principal de la ansiedad es que siempre están alerta a cualquier cambio que ocurre en su contexto, esto porque entran en estado de hipervigilancia. Sin embargo, ese mismo estado de agitación, impide al sujeto tomarse el tiempo necesario para evaluar de qué emoción se trata y les hace sacar conclusiones apresuradas. (PAULOS E., 2004).

Otras consideraciones con respecto a la ansiedad

Podemos decir que en torno al evento traumático se puede tomar en consideración la ansiedad. En efecto, la ansiedad en sí tiene la capacidad de anticipación ante el peligro o ante la amenaza, por lo tanto, en la confrontación con un agente agresor esta capacidad va a tomar un valor fundamental en el proceso de adaptación o no-adaptación de la persona. Los síntomas vinculados a los trastornos de ansiedad (pánico, fobia, etc.), pueden seguir estando presentes en

la persona por algún tiempo (un mes) o prolongarse por tiempo indefinido hacia un trastorno más severo. Por otra parte, la respuesta ante los agentes agresores puede ser influenciada por una percepción ansiosa del medio. Se puede pensar que esta percepción será la causa de confusión entre las nociones de ansiedad, miedo, fobia, angustia y estrés; y que se utilizan en forma abusiva sin hacer ninguna distinción. Sin embargo, existen diferencias muy precisas entre estos conceptos.

Brevemente, para establecer una diferenciación entre la ansiedad y la angustia podríamos decir que los elementos que constituyen la angustia están mucho más vinculados a los factores físicos, mientras que para la ansiedad estos elementos serán psíquicos. Por lo que se refiere a la noción de miedo podemos decir, que el miedo es la percepción que justifica la conducta de fuga o evasión en el individuo ante un estímulo de amenaza. En este caso, la ansiedad será el estado emocional de miedo no resuelto o una activación del estado de alerta, pero sin objetivo preciso de resolución ante la percepción que el individuo tiene de la amenaza. Hasta ahora el miedo y la ansiedad se perciben como reacciones similares; por otra parte, el miedo y la fobia a veces se consideran como trastornos de ansiedad.

2.2.2. Depresión

La depresión es uno de los problemas psicológicos más frecuentes en la sociedad actual. La enfermedad depresiva es una entidad de alta prevalencia en el mundo (20.7%). Estas cifras llevan a pensar que para el año 2020 será la segunda enfermedad de mayor ocurrencia en la población mundial. Es el problema más frecuente dentro de las enfermedades mentales, pues se estima que casi un 50% de quienes las padecen, sufren de depresión. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), 121 millones de personas en todo el mundo sufren depresión y se espera que para el año 2020 esta afección se convierta en la segunda causa de discapacidad en el nivel global.

Se estima que una de cada cinco personas sufrirá depresión a lo largo de su vida, porque es una enfermedad que actualmente está infra diagnosticada ya que solo el 50% de los enfermos están tratados, aunque de ese porcentaje la mayoría no tiene un tratamiento correcto, así mismo se estima que aproximadamente el 85% de pacientes con depresión también experimentan significativos síntomas de ansiedad y, de manera semejante, ocurre que en un 90% de pacientes con desórdenes de ansiedad se presentan síntomas de depresión y su característica primordial es el cambio del estado de ánimo en forma de tristeza y profunda que envuelve al sujeto y afecta a todas las áreas del individuo.

Evolución de las teorías conductuales de la depresión

El primer autor que aplicó el análisis funcional al estudio del comportamiento depresivo fue Ferster en los años setenta. Procediendo a la definición objetiva de la conducta, a la medición de su frecuencia y a la explicación de esa frecuencia, llega a la conclusión de que el comportamiento depresivo se caracteriza por:

1) Un exceso de conductas de evitación ante la estimulación aversiva, junto con un exceso de conductas irracionales y poco control efectivo sobre el medio.

Considera que la alta frecuencia de conductas irracionales y evitadoras no representa un área de alta motivación, sino que se mantienen por refuerzo negativo y se prodigan porque no existen conductas activas y eficaces con las que competir para dar fin a la estimulación aversiva. En efecto, concluye que conductas típicas de los depresivos (llanto, quejas, etc.) cumplen la función de reducir la probabilidad de recibir castigo de otros.

Lewinsohn en el año 1976 se acerca al comportamiento depresivo desde un punto de vista etiológico a la vez que explicativo y enfatiza la importancia del medio. El trastorno depresivo está relacionado con una baja tasa de refuerzo debido a:

1) Un medio pobre de reforzadores [positivos].

- 2) Un déficit de habilidades sociales para obtener refuerzo.
- 3) Un escaso repertorio de refuerzos potenciales para el sujeto.

Los refuerzos potenciales, es decir, los estímulos que –por condicionamiento- han llegado a adquirir valor de refuerzo para el individuo dependen de su historia de aprendizaje y de datos como la edad, el sexo, etc. Lewinsohn confecciona una ecuación que daría como resultado estados depresivos, eufóricos y de eutimia según los valores que alcanzaran los tres factores.

Más recientemente, retomando el análisis funcional de Ferster, sostienen que el castigo y la disminución brusca de reforzadores en ausencia de otros alternativos producen, además de la reducción de conducta, reacciones emocionales negativas como tristeza, desesperanza, frustración, etc. Tales reacciones quedan así elevadas a la categoría de respondientes, es decir, de conductas provocadas por estímulos incondicionados como el refuerzo insuficiente, el castigo o la extinción. El ambiente refuerza, inicialmente, las manifestaciones depresivas mediante atención y expresiones de afecto. Con posterioridad los mismos comportamientos son percibidos por los otros como aversivos, lo que conduce al paciente a una mayor pérdida de reforzadores al ser evitado por aquellos, y a la consiguiente perpetuación del estado depresivo.

Seligman, (1976) ha elaborado el modelo de indefensión o desamparo aprendido partiendo de la experimentación animal. Trabajó durante los años sesenta con perros, posteriormente con ratas, y publicó su experiencia en humanos. Con la expresión “situación incontrolable” se refiere a aquella en la que la probabilidad de obtener refuerzo es igual si se emite la respuesta que si no se emite. Es decir, hay una total falta de contingencia entre la conducta y los eventos que la siguen. Cuando un ser vivo aprende que su comportamiento y las consecuencias ambientales son independientes, queda sumido en un estado de indefensión o desamparo que se caracteriza, fundamentalmente, por la aparición de alteraciones a tres niveles:

- 1) Motivacional: disminución de respuestas y aumento de la latencia de emisión.
- 2) Cognitivo: dificultad para el aprendizaje de nuevas respuestas.
- 3) Emocional: miedo y tristeza.

La hipótesis de la indefensión propone que el estado depresivo deriva del aprendizaje de que los resultados son incontrolables. Ese proceso se caracteriza por la secuencia: obtención de información de incontingencia –generación de expectativas de falta de control – conducta de desamparo. Para Seligman, (1975) es la expectativa de no contingencia futura la que condiciona la aparición del síndrome.

Beck (1988) explica la depresión como el resultado de un desarreglo cognitivo. A lo largo del proceso de socialización, los seres humanos van formando conceptos y generalizaciones a partir de identificaciones con personas relevantes, de experiencias propias, de juicios de los demás sobre terceros y sobre uno mismo. Estos conceptos, llamados esquemas, serían estructuras permanentes (creencias, actitudes, suposiciones, normas) a través de las cuales se perciben, codifican y valoran los estímulos. La predisposición para el trastorno depresivo viene dada por la presencia, latente en el individuo, de esquemas que, al ser reactivados por situaciones vitales más o menos específicas, darían lugar a la emergencia de la tríada cognitiva que representa la visión negativa sobre uno mismo, el entorno y el futuro. Las cogniciones –sucesos verbales o figurativos que componen el flujo de conciencia- son pensamientos específicos que, además de derivar de los esquemas y depender de la situación en que aparecen, confirmarían las primitivas creencias mediante los errores lógicos que Beck identifica en el pensamiento depresivo como la indiferencia arbitraria, abstracción selectiva, sobre generalización, magnificación y minimización, personalización, pensamiento dicotómico.

Beck clasifica el pensamiento depresivo atendiendo a su contenido (tríada cognitiva), a la forma en que procesa la información (distorsiones) y a las características con que se presenta (las cogniciones aparecen de forma automática, involuntaria y perseverante). Mediante este modelo quedaría explicado el factor causal del síndrome y de la sintomatología depresiva, al menos los síntomas afectivos y motivaciones.

Beck y sus seguidores postulan que estas cogniciones distorsionadas son causadas por la base de un esquema disfuncional. Es por ello que la etapa final del tratamiento busca la modificación de las creencias básicas subyacentes que predisponen al paciente a un pensamiento depresógeno.

El modelo de autocontrol para la depresión que se basa en el enfoque general de Kanfer, (1980), que se refiere a los procesos autorreguladores–naturales y aprendidos- que utiliza una persona para dirigir su propia conducta en ausencia relativa de apoyos externos y/o en contra de las consecuencias inmediatas. Los procedimientos se orientan a la obtención de metas a largo plazo y aprendizaje en aquellas situaciones cotidianas problemáticas. La percepción de consecuencias no deseadas por parte del individuo inicia el proceso de autocontrol, que es representado por como una espiral en la que tres fases se enlazan en una retroalimentación continua como la fase de autoobservación, de autoevaluación y de autorefuero.

La 1ª fase implica la atención consciente a la propia conducta, a sus antecedentes y consecuentes o a la interrelación de estos elementos. Ciertos estilos de autoobservación pueden considerarse no adaptativos, y determinados problemas de conducta suponen déficits específicos.

En la 2ª fase se da la comparación entre la ejecución y un criterio (lo que el sujeto entiende por normal o esperable). Muchos criterios se generalizan en el desarrollo y se presentan en forma de reglas internalizadas que pueden o no ser realistas y apropiadas. No cumplir lo

internalizado podría determinar la baja autoestima y representar otra forma potencial de autocontrol no adaptativo.

En la 3ª fase, para fortalecer y mantener la conducta considerada deseable cuando el refuerzo externo no se encuentra disponible o las consecuencias inmediatas son aversivas, el sujeto puede proceder a la autoadministración de recompensas y castigos contingentes.

Depresiones Situacionales.

Se define la Depresión Reactiva como un episodio o fase depresiva que constituye una respuesta inmediata a una vivencia o a estrés psicosocial. Para Alonso Fernández (2008) el diagnóstico de depresión situacional es negativo, es decir, ausencia de características propias de depresión endógena, de personalidad neurótica o de algún factor somático o medicamentos que se asocie al cuadro afectivo. Se postula que los cambios vitales requieren un esfuerzo de adaptación, y según donde se localice el punto de menor resistencia corporal, con mayor probabilidad aparecerá la enfermedad.

Alonso (2008) define al acontecimiento vital como un cambio rápido e intenso de las circunstancias de la vida del sujeto, a partir de un origen extrabiográfico. También se sabe que una proporción muy pequeña de los sujetos que sufre acontecimientos vitales se deprimen, pero la mayoría de los estudios demuestran que los pacientes deprimidos experimentan más acontecimientos estresantes en los meses previos al inicio de la sintomatología que la población general, otros enfermos no psiquiátricos y otros enfermos psiquiátricos.

Alonso (2008) refiere cuatro clases situaciones depresógenas: la pérdida, la sobrecarga, el aislamiento y la crisis, y considera a las Depresiones Situacionales como las determinadas primordialmente por circunstancias psicosociales conflictivas o traumatizantes. También aconseja a la hora de evaluar los acontecimientos vitales, no remontarse a los posteriores a los seis o doce meses previos, pues es difícil dar una fecha sobre el inicio de la fase depresiva, y se

pueden confundir la causa de la depresión con sus consecuencias. Unido al concepto de acontecimientos vitales, está el de apoyo social, el cual comprende distintos aspectos, bien como:

a) una red de relaciones interpersonales significativas

b) o como una disponibilidad funcional de un apoyo tangible (material), informativo o afectivo.

También debemos recordar que puede actuar como factor de protección, o bien como desencadenante o causa de la depresión tras su pérdida.

Ayuso y Saiz (1987) destacan que la percepción del apoyo social es muy subjetiva y puede ser cambiante en función de diversos factores. Por último, observan que síntomas como los autorreproches y los sentimientos de culpa y fracaso ofrecen escasa diferencias. Por otra parte, no parecen existir diferencias del efecto causal de los Acontecimientos Vitales entre Depresiones Endógenas y Neuróticas Vallejo y Gasto (1990). También Parker y cols. (1988) opinan que la presencia de Acontecimientos Vitales no se asocia con ningún tipo clínico de depresión.

Finlay-Jones y Brown (1981) defienden que una pérdida severa es un agente causal de inicio de una depresión, mientras una situación de peligro, lo es de un estado de ansiedad y observan que las mujeres con ansiedad y depresión, refieren con mayor probabilidad ambos tipos de acontecimientos: de pérdida y de peligro.

En 1981, Hirschfeld realiza una aproximación al concepto de depresión situacional, y a pesar de mostrar ciertas características, no considera que deba constituir un subgrupo depresivo. Compara un grupo de depresiones situacionales y no situacionales, y encuentra que las primeras muestran mayor severidad del cuadro y una más rápida recuperación, mientras que las no Situacionales se asocian con características Endógenas (83% vs 74%). También observa

algunas diferencias en la expresividad clínica en los depresivos situacionales: mayor ánimo o ideación depresiva, actitud e ideación suicida, abuso de alcohol y tóxicos, síndrome maníaco y sintomatología miscelánea.

2.2.3. Impacto de los desastres en salud mental

Las personas afectadas por los desastres tienen diferentes tipos de respuestas psicológicas, algunas se hacen evidentes en las primeras setenta y dos horas después del desastre, como crisis emocionales, incremento de la excitación, apatía, ansiedad difusa y temor a conocer la realidad. Al primer mes, se observa duelo, tristeza, aflicción, miedo, manifestaciones somáticas diversas, irritabilidad, pérdida de sueño y apetito, y problemas en el desempeño laboral y las relaciones interpersonales. Posteriormente, a los dos o tres meses, se evidencia tristeza, manifestaciones somáticas, ansiedad, y pérdida de confianza debido a dificultades en la adaptación o ante la falta de solución a sus problemas derivados del desastre. A partir de los tres meses, se podría observar duelos patológicos, conductas que indican riesgo de suicidio, síntomas de estrés postraumático, fatiga crónica, inhabilidad para trabajar y apatía (OPS, 2002).

Posteriormente a un evento traumático, el inicio de los síntomas psicológicos, curso y duración es variable, pudiendo incluso retardarse su inicio varios meses desde el momento del trauma como menciona Priebe, Grappasonni, Mari, Dewey, Petrelli y Costa (2009). Teniendo en cuenta que en una primera instancia los síntomas relacionados con este tipo de eventos deben comprenderse como una respuesta adaptativa exacerbada del organismo frente a las contingencias del entorno, Cohen (2008), es principalmente el tiempo que estas se mantienen lo que las hace poco adaptativas y nocivas para la persona.

Los factores que influyen en el impacto psicosocial de los desastres son:

- La naturaleza del fenómeno adverso que produce el desastre, pudiendo diferenciarse entre desastres de inicio súbito, como terremotos y tsunamis; y otros de inicio lento y curso insidioso, como las inundaciones.
- Las características de personalidad de los afectados. Los desastres no afectan a todas las personas por igual: algunas tienen mayor probabilidad de desarrollar problemas psicológicos que otras que pueden tener mayor capacidad para enfrentar mejor la situación.
- El entorno y las circunstancias: condiciones ambientales y familiares de las víctimas, y las redes sociales existentes, previas al desastre (Organización Panamericana de la Salud, 2006).

Dentro de los trastornos registrados por la literatura en este tipo de fenómenos, los más estudiados son la depresión, la ansiedad y el trastorno de estrés postraumático, los cuales entre sí tienen una alta superposición y co-ocurrencia de los síntomas (Stefanis & Stefanis, 2002). Como los resultados registrados siete meses después del terremoto del 27 de febrero de 2010 en Chile, el objetivo del estudio fue dar una primera evaluación del impacto de dicho fenómeno en la salud mental de los adolescentes. 304 adolescentes fueron evaluados en depresión, ansiedad y trastorno de estrés post-traumático. Los resultados indican un aumento en la incidencia de todos los desórdenes, corroborando al género femenino como una población de riesgo al alcanzar puntajes significativamente mayores que los hombres en todas las escalas. Además, se demostró una estrecha relación de co-morbilidad entre los síntomas de los trastornos evaluados. (Camila A. Díaz, Gonzalo R. Quintana & Edgar H. Vogel, 2011)

Y en cuanto a estudios nacionales recientes, relacionados con el Fenómeno del niño costero del 2017 (Perú), Contreras e Ibáñez, de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Trujillo estuvieron a cargo del siguiente estudio, 3 meses después del FEN costero la cual se tituló “Estrés post traumático por el fenómeno del niño costero en jóvenes y adultos en el

Polideportivo del C.P. El Milagro – Distrito de Huanchaco, Setiembre 2017. Tuvo como objetivo identificar la presencia del estrés post traumático y los niveles en los que se encuentran los pobladores ubicados en el polideportivo del Centro Poblado el Milagro, posterior al fenómeno del niño costero, siendo la muestra el total de la población elegida de los cuales el 77% fueron mujeres y el 23% varones. Se identificó en los pobladores que presentan trastorno de estrés post traumático que el 50% se encuentra en un nivel medio bajo, el 30% en un nivel bajo, el 18% se ubica en un nivel medio alto y el 2% en un nivel alto, lo cual indica presencia de los criterios del trastorno de estrés post traumático.

Como nos demuestra la literatura científica existente las enfermedades mentales siguen presentes mucho después de haber sucedido el desastre y su duración y manteniendo de estas psicopatologías varía de acuerdo a la idiosincrasia del fenómeno y a las particularidades de la víctima, como su historia de aprendizaje y la intervención oportuna de profesionales en salud.

2.3. GLOSARIO DE TÉRMINOS BÁSICOS

2.3. 1. Ansiedad y Depresión

La depresión y la ansiedad son trastornos psiquiátricos de alta prevalencia en el mundo y varían de acuerdo a las poblaciones o regiones geográficas entre el 5 y el 50%. Según la Organización Mundial de la Salud, se encuentran entre los trastornos psiquiátricos de mayor prevalencia a pesar de variaciones culturales en su ocurrencia y, en concreto la depresión, ocupa el cuarto lugar dentro de las patologías más prevalentes y se calcula que en el año 2020 se situará en el segundo lugar, por detrás de las patologías coronarias. Estas condiciones representan una carga social y económica al repercutir de manera importante en la calidad de vida de las personas afectadas y en su entorno laboral y social. En este sentido, la ansiedad es identificada con un estado transitorio en el que los individuos se sienten amenazados,

aprensivos, tensos y preocupados. Por su parte, la depresión se refiere a sentimientos de culpa, inutilidad, impotencia, y desesperanza, pérdida del apetito, humor depresivo o trastornos del sueño.

2.3. 2. Mujeres Afectadas

Grupo de mujeres que se sitúa tanto individualmente o que forman parte de una colectividad, que sufrirá las consecuencias dolorosas determinadas por factores de distintos orígenes: físicos, psicológicos, económicos, políticos, sociales y también naturales (catástrofes).

2.3.3. Fenómeno del Niño Costero

El fenómeno El Niño Costero es un evento caracterizado por el aumento de la temperatura superficial del mar (TSM) por encima de 0,4 °C (VN: 17 a 19 °C), que se da por el ingreso de aguas cálidas desde el norte ecuatorial formando la onda Kelvin, a diferencia del fenómeno El Niño en el que llegan aguas calientes desde el Pacífico occidental, además, este tiene una tendencia de duración de tres meses consecutivos.

Como resultado de este fenómeno se presentan condiciones que favorecen lluvias muy fuertes; conllevando a la activación de las quebradas, huaicos, inundaciones y aguas estancadas en las diferentes ciudades afectadas, lo que ocasiona presencia de enfermedades infecciosas como dengue, leptospirosis, chikungunya, conjuntivitis, infecciones respiratorias y de la piel (a consecuencia del polvo); infecciones diarreicas (producto de aguas estancadas y escasez de agua potable); pero, también, enfermedades no infecciosas, como aquellas que afectan la esfera mental, y que son secundarias al enfrentamiento ante este fenómeno, destacan: el trastorno de ansiedad, el trastorno depresivo (que se presentan, generalmente, a pocos días de ocurrido el evento), así como el trastorno de estrés postraumático (que se evidencia, generalmente, luego de 4 a 6 semanas del evento).

“El Niño costero” es un evento climático el cual, independientemente de los procesos físicos que lo puedan originar, está relacionado a la presencia de aguas anómalamente cálidas en forma persistente durante varios meses en la región del Océano Pacífico, principalmente a lo largo de la costa norte del Perú y de Ecuador. En algunos casos las aguas cálidas pueden extenderse hacia la costa central y sur del Perú. Este evento puede estar asociado a lluvias muy fuertes durante el verano en las zonas medias y bajas de la costa norte e inclusive de la costa central, así como a impactos en el ecosistema marino peruano, de acuerdo a su magnitud y persistencia. (Imarpe,2017).

El concepto de “El Niño” se estableció a fines del siglo XIX e inicios del XX en referencia al calentamiento anormal de la costa norte peruana, asociado a la llamada “corriente del Niño”, y fuertes lluvias asociadas (Carranza, 1891). Debido a la ambigüedad asociada a la definición de El Niño, el Comité ENFEN introdujo dos nuevos conceptos que explícitamente diferencian las fluctuaciones de temperatura superficial del mar (TSM) frente al Perú y Ecuador de las del Pacífico central.

“El Niño costero” se basa en el concepto original de El Niño y se define como presencia de TSM por encima del promedio en forma persistente durante varios meses en la región del Océano Pacífico adyacente a la costa del norte del Perú y de Ecuador, principalmente. Puede estar asociado a lluvias muy fuertes en la costa norte durante el verano, pero no necesariamente y ocasiona impactos en el ecosistema marino, de acuerdo a su magnitud y persistencia. Para identificar la ocurrencia y magnitud de El Niño costero en forma operativa, el ENFEN creó el “Índice Costero El Niño” (ICEN), que consiste en la media corrida de tres meses de las anomalías mensuales de la TSM en la región “Niño 1+2”. Para calificar como El Niño costero, el ICEN debe exceder $+0,4^{\circ}\text{C}$ al menos durante tres meses consecutivos (Nota Técnica ENFEN, 2012). La magnitud del evento puede ser débil, moderado, fuerte o extraordinario según los tres valores máximos del ICEN durante este. En el año 2015, el ENFEN implementó un Sistema de

Alerta de El Niño Costero para alertar de la presencia de El Niño Costero más oportunamente, sin tener que esperar el cumplimiento del criterio anterior.

El 31 de marzo del 2017, el Indeci publicó un reporte que muestra los efectos del Niño costero hasta la fecha. Esta muestra un total de 101 fallecidos, 353 heridos, 19 desaparecidos, 141 000 damnificados y casi un millón de afectados a nivel nacional desde diciembre del 2016. En Ecuador las lluvias han causado la muerte de al menos 27 personas y 127 500 afectados.

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. Hipótesis General

Si las mujeres que habitan en el centro poblado Ciudad de Dios del distrito de Curamori-Piura son afectadas por el fenómeno del niño costero entonces presentan ansiedad y depresión.

2.4.2. Hipótesis Específicas

H1. Existe niveles significativos de ansiedad y depresión en las mujeres que han sido afectadas por el fenómeno del Niño costero que habitan en el centro poblado de Ciudad de Dios, Curamori-Piura.

H2. No existe niveles significativos de ansiedad y depresión en las mujeres que han sido afectadas por el fenómeno del Niño costero que habitan en el centro poblado de Ciudad de Dios, Curamori-Piura.

2.5. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

2.5.1. Definición Conceptual de Ansiedad

La ansiedad, entendida como respuesta emocional, puede ser definida como "una respuesta emocional, o patrón de respuestas, que engloba aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos.

La respuesta de ansiedad puede ser tanto por estímulos externos o situacionales como por estímulos internos al sujeto, tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son percibidos por el individuo como peligrosos o amenazantes. El tipo de estímulos (internos y externos) capaces de evocar la respuesta de ansiedad estará, en gran parte, determinado por las características del sujeto, existiendo notables diferencias individuales en cuanto a la propensión a manifestar reacciones de ansiedad ante las diversas situaciones" (Miguel-Tobal, 1990).

La ansiedad incluye sentimientos de incertidumbre, impotencia y activación fisiológica; se presenta un alto grado de sensibilidad, vigilancia o prontitud para prestar atención a los potenciales peligros o amenazas, Sarason y Sarason, (2006); Byrne, (2008); afirman que, la ansiedad es un estado de ánimo caracterizado por un fuerte afecto negativo, síntomas corporales de tensión y aprensión respecto al futuro.

De acuerdo con Barlow (2002), la ansiedad es el resultado de una falta de control y predictibilidad frente a eventos amenazantes, lo cual hace que la persona sienta la necesidad de estar a la defensiva y experimente una alta reactividad fisiológica; esta necesidad de estar vigilante se debe a que la persona no sabe cuándo va a afrontar el evento aversivo y, además, se siente insegura de su capacidad para manejarlo efectivamente, lo cual reduce notablemente la habilidad para planificar, organizar y orientar la conducta de forma acertada.

Variadas son las definiciones de la ansiedad, pero en la mayoría de los casos se observa la ansiedad como un fenómeno subjetivo del organismo. Spielberger, Pollans y Worden (1984), designan al estado de ansiedad como una reacción emocional en la cual aparecen sentimientos de tensión, aprehensión, nerviosismo e inquietud, que producen la activación o la descarga del sistema nervioso autónomo.

En una perspectiva más simple la ansiedad se percibe como la reacción autónoma del organismo frente a los estímulos nocivos Wolpe (1979). El cuadro principal de la ansiedad está

constituido por respuestas, subjetivas-cognoscitivas, fisiológicas-somáticas y motoras-comportamentales que pueden disociarse.

Chinchilla (2008) define la ansiedad como una emoción de tonalidad displacentera, caracterizada por un estado de aprensión, inquietud, aumento de la tensión psíquica y/o física, preocupación, estado de alerta, incapacidad para relajarse y temor de que va ocurrir algo grave: morir, volverse loco o realizar un acto incontrolable. Además, se acompaña de síntomas somáticos como palpitaciones, dolor precordial, sequedad de boca, cefalea, mareo, sudoración, indigestión, aerofagia y con menor frecuencia dolor cólico y diarrea. Pero las manifestaciones sintomatológicas son de varios tipos.

Tabla 1: Manifestaciones sintomatológicas de la ansiedad

Físicos	<p>Taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas, náuseas, vómitos, “nudo” en el estómago, alteraciones de la alimentación, tensión y rigidez muscular, cansancio, hormigueo, sensación de mareo e inestabilidad.</p> <p>Las alteraciones más graves cursan con insomnio, trastornos de la alimentación y disfunciones sexuales.</p>
Psicológicos	<p>Inquietud, agobio, sensación de amenaza y peligro, inseguridad, sensación de vacío, temor a perder el control, celos, sospechas, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones.</p> <p>En casos extremos, temor a la muerte, a la locura. Suicidio.</p>
De conducta	<p>Estado de alerta e hipervigilancia, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estar quieto y en reposo. Estos síntomas vienen acompañados de cambios en la expresividad corporal y el lenguaje corporal: posturas cerradas, rigidez, movimientos torpes de manos y brazos, tensión en las mandíbulas, cambios de voz, expresión facial de asombro, duda o crispación.</p>
Intelectuales o cognitivos	<p>Dificultades de atención, concentración y memoria, aumento de los despistes y descuidos, preocupación excesiva, expectativas negativas, pensamientos distorsionados e importunos, incremento de las dudas y la sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, sobrevalorar pequeños detalles desfavorables, abuso de la prevención y de la sospecha, interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad, etc.</p>
Sociales	<p>Irritabilidad, ensimismamiento, dificultades para iniciar o seguir una conversación, en unos casos, y verborrea en otros, bloquearse o quedarse en blanco a la hora de preguntar o responder, dificultades para expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos, temor excesivo a posibles conflictos, etc.</p>

2.5.2 Definición Operacional de Ansiedad

Es la respuesta de anticipación involuntaria del organismo frente a estímulos que pueden ser externos o internos, tales como pensamientos, ideas, imágenes, que son percibidos por el individuo como amenazantes y/o peligrosos, y que le acompaña de un sentimiento desagradable

o de síntomas somáticos de tensión. Se trata de una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza.

2.5.3. Definición Conceptual de Depresión

Para los hipocráticos de los siglos V y VI a.C., eso que llamamos ahora depresión se denominaba melancolía y estaba definido ya por el conjunto de síntomas como aversión a la comida, desesperación, insomnio, irritabilidad e intranquilidad, al que se sumaba un ánimo triste característico. En diferentes textos hipocráticos, a esta tristeza se le añadió pronto otro síntoma fundamental: el miedo, de forma que el concepto clásico de melancolía estaba ligado al de una asociación entre estas dos pasiones (tristeza y miedo). La introducción del criterio temporal de cronicidad se produce cuando se asume que la melancolía precisaba de una perturbación emocional prolongada (Cobo, 2005).

López Ibor (1979) refiere que lo que está alterado en el melancólico no es la capacidad de experimentar tristeza, sino la de manifestarla. Ante una desgracia el melancólico siente la misma tristeza, pero por su enfermedad está impedido a transparentarla con la misma intensidad que los demás. En este sentido, indica que el núcleo de la depresión consiste en la imposibilidad de estar triste, de hecho, cuando empieza a desatarse el nudo de las lágrimas, se anuncia un principio de mejoría de la enfermedad. En el depresivo existe un "estasis" o estancamiento de la existencia, con la imposibilidad de sentir correr el tiempo, o de sentirse inmerso en el tiempo, por lo que el enfermo no se siente vivir.

También, Ramos y cols. (1990) observan una distinta cualidad de tristeza entre los depresivos con melancolía y sin ella; sin encontrar diferencias significativas respecto al sexo, edad y nivel socioeconómico o educativo, o a la presencia de acontecimientos desencadenantes o estresores crónicos. No obstante, los mismos autores relacionan más recientemente este

síntoma más con las depresiones en general, que exclusivamente con las de características Endógenas (Ramos y cols.,1993).

Chinchilla (1991) opina que el humor deprimido está siempre presente en mayor o menor grado, a pesar de que los pacientes pueden no mencionarlo por miedo ser etiquetados de débiles o neuróticos. En otras ocasiones puede quedar oculta por otros síntomas psíquicos del cuadro depresivo, que aparecen en un plano más destacado.

Según la OMS (2017) La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria. En el mundo lo sufren 300 millones de habitantes.

La palabra depresión proviene del término latino depressio que, a su vez, procede de depressus (“abatido” o “derribado”). Se trata de un trastorno emocional que hace que la persona se sienta triste y desganada, experimentando un malestar interior y dificultando sus interacciones con el entorno. Porto y Gardey (2012) Para la medicina y la psicología, la depresión se manifiesta a partir de una serie de síntomas que incluyen cambios bruscos del humor, irritabilidad, falta de entusiasmo y según la definición clínica de esta patología, la depresión es un trastorno en el estado de ánimo donde aparecen sentimientos de dolor profundo, ira, frustración y soledad e impiden que la persona continúe con su vida ordinaria de forma normal durante un tiempo prolongado. Entre los síntomas de esta enfermedad se encuentran:

- ✓ Un estado anímico altamente irritable.
- ✓ Desmotivación para hacer las actividades habituales.
- ✓ Insomnio o dificultad para dormir.
- ✓ Aumento o disminución brusca del apetito.
- ✓ Estrés, cansancio y sentimientos autodestructivos y de culpa.
- ✓ Sensaciones de soledad absoluta y desesperanza.
- ✓ Pensamientos suicidas con sensación de congoja o angustia que trasciende a lo que se considera como normal.

2.5.4. Definición Operacional de Depresión

Es el estado de ánimo que se caracteriza por sentimientos de tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.

2.5.5. Operacionalización de variables

Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	indicadores
Ansiedad	Es la respuesta de anticipación involuntaria del organismo frente a estímulos		

	que pueden ser externos o internos, tales como pensamientos, ideas, imágenes, que son percibidos por el individuo como amenazantes y/o peligrosos, y que le acompaña de un sentimiento desagradable o de síntomas somáticos de tensión.	✓ Sensaciones-Equilibrio (Somáticos)	1. Baja ansiedad
		✓ Emocional Afectivos (Miedo Desintegración mental)	2. Moderada ansiedad
			3. Ansiedad severa
Depresión	Es el estado de ánimo que se caracteriza por sentimientos de tristeza, decaimiento anímico, baja	✓ Afectivos-Psicológicos	1. No deprimido

	autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.	✓ Fisiológico s	2. Ligeramente deprimido 3. Moderadamente deprimido
		✓ Cognoscitivos	4. Severamente deprimido
Fenómeno del Niño Costero	Es un evento climático el cual está relacionado a la presencia de aguas anómalamente cálidas en forma persistente durante varios meses en la región del Océano Pacífico, puede estar asociado a lluvias muy fuertes durante el verano.	✓ Débil ✓ Moderado ✓ Fuerte	

CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. ENFOQUE

El presente estudio de investigación es de tipo cualitativo porque no manipula las variables, sino que las describe en su entorno natural y las describe.

3.2. DISEÑO

La investigación que se realizó es no experimental puesto que no se manipularon las variables, solo fueron observadas en su ambiente; es transversal debido a que se recolectaron datos en un momento y tiempo único.

3.3. NIVEL

Considerando los alcances de este estudio, la presente investigación es descriptiva, dado que describe, más no manipula las variables.

3.4. TIPO

Es una investigación básica debido a que su finalidad es la obtención y recopilación de información que se agregará a la literatura científica existente.

3.5. SUJETOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.5.1. Población

La población está conformada por 270 pobladores del nuevo centro poblado Ciudad de Dios ubicado en el distrito de Curamori-Piura, pobladores que sufrieron los estragos del FEN. Para determinar la muestra se consideró a un grupo de 100 mujeres que cumplan con los criterios de inclusión.

3.5.2. Muestra

Se trabajará con el 100% total de la muestra que la componen 100 mujeres que participan en el programa de Cuna Mas, vaso de leche, del centro infantil y mujeres que habitan en el centro poblado ciudad de Dios.

3.5.3 Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de Inclusión

- Mujeres que habiten el nuevo centro poblado ciudad de Dios.
- Mayores de 17 años.
- Mujeres que aceptaron participar voluntariamente mediante el consentimiento informado.
- Mujeres que fueron víctimas del Fenómeno del Niño Costero.

Criterios de Exclusión

- Mujeres que no habiten el nuevo centro poblado ciudad de Dios.
- Mujeres menores de 17 años.
- Varones.
- Mujeres que no aceptaron el consentimiento informado.

3.6. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS

3.6.1. Método

La investigación tiene un enfoque cualitativo no experimental-transversal y de tipo descriptiva, se centra en analizar cuál es el nivel o estado de las variables mencionadas en un momento dado, en este caso saber si hay ansiedad y depresión en un grupo de 100 madres que han sido afectadas por el fenómeno del niño costero del 2017. En este tipo de diseño se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito esencial es describir las variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es descriptiva porque tiene como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta en las variables. El procedimiento consiste en medir las variables y proporcionar su descripción.

3.6.2. Procedimiento

En el mes de mayo se visitó el nuevo el nuevo centro poblado ciudad de Dios, ubicado en la panamericana norte kilómetro 957. Previamente se coordinó con la dirigente para que facilitara el local de reuniones, a la vez la fecha y hora en que se aplicaran los instrumentos.

Para la aplicación de los instrumentos, se consideró hacer dos grupos a causa de las limitaciones de espacio del salón, la presencia de las participantes y para evitar errores en el llenado de los inventarios. Al principio, se mencionó el motivo de la aplicación del instrumento, resaltando que los resultados serán anónimos y con fines académicos; además se recalcó que la participación era voluntaria. Posteriormente se entregó a cada una de las participantes de una copia del consentimiento informado (Anexo N°1).

El primer instrumento de aplicación fue el Inventario de Depresión de Beck (BDI). (Anexo N°2) para esto, se le informó que el test evalúa el estado de ánimo que pueden presentar actualmente. Finalizado con el BDI se prosiguió inmediatamente con el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Anexo N°3); para este test se mencionó que tiene como fin evaluar sus niveles de ansiedad. El tiempo de ejecución de ambos instrumentos duró aproximadamente de 30-40 minutos, debido a problemas con el entendimiento de algunos ítems, y como en algunos casos los instrumentos fueron aplicados de manera particular por el investigador a razón de que algunas participantes presentaban problemas de lectura.

3.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

3.7.1. Técnicas

Las técnicas que se aplicaran para esta investigación son:

-La técnica documental, que permite la recopilación de información para enunciar las teorías que sustentan el estudio de los fenómenos y procesos. Incluye el uso de instrumentos definidos según la fuente documental a que hacen referencia.

-El Test, es una técnica derivada de la entrevista y la encuesta tiene como objeto lograr información sobre rasgos definidos de la personalidad, la conducta o determinados comportamientos y características individuales o colectivas de la persona (inteligencia, interés, actitudes, aptitudes, rendimiento, memoria y otros aspectos). En este estudio se utilizó dos test psicométricos.

3.7.2. Instrumentos.

A las 100 madres se les aplicó El Inventario de Depresión y Ansiedad de Beck en un mismo día y en el mismo lugar.

Inventario de ansiedad de Beck (BAI)

El IAB fue hecho por Beck y Steer (1993) y siendo adaptado al español por Robles, Varela y Páez (2001, como se citó en Thornberry, 2011). Cuenta con 21 ítems cuyo formato de respuesta es de escala Likert de 4 opciones (yendo desde 0 que es un absoluto al 3 que es severamente). Es aplicable a poblaciones generales a partir de los 13 años de edad sin alguna patología determinada. La forma de aplicación puede ser realizada de manera individual y colectiva y su duración de aplicación tarda aproximadamente entre 5 y 10 minutos para ser completado.

Thornberry (2011) dio evidencia de validez del inventario de ansiedad del Beck vinculadas a la estructura interna en estudiantes de pregrado de dos universidades privadas de Lima de entre 17 y 25 años, de 18 carreras distintas, 1119 estudiantes de pregrado fueron los participantes. Thornberry realizó un análisis factorial exploratorio (AFE) por medio de componentes principales con rotación oblicua de tipo Promax, esperaba teóricamente que los ítems tengan relación entre ellos. La medida de adecuación muestral Kaiser-Mayer-Olkin obtenida fue de 94 y el test de esfericidad de Bartlett puntuó un valor por debajo del nivel de

significancia $p < .001$, por lo cual reporto una adecuación a la muestra para el AFE del inventario.

Realizo la estimación de la confiabilidad de la escala de las puntuaciones derivadas del inventario, a través del método de consistencia interna. Obtuvo un alfa de Cronbach de 91 (superando el criterio de 70 establecido por Nunnally y Bernstein, 1995). También obtuvo una correlación ítem-test corregida con puntajes entre 43 y 69, evidenciando un buen nivel de relación entre los ítems del inventario al superar el criterio $r > .20$ de Kline (1995). Todos los ítems resultaron relevantes para la confirmación de la escala.

Inventario de Depresión de Beck (BDI)

El inventario de depresión de Beck fue creado por Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown. Es un cuestionario de autoinforme que consta de 21 preguntas de respuestas múltiples, cada ítem se califica en una escala de 4 puntos. Es aplicable a poblaciones generales a partir de los 13 años sin alguna patología. La forma de aplicación puede ser realizada de manera individual y colectiva, así mismo su duración de aplicación tarda aproximadamente entre 5 y 10 minutos.

Este instrumento es el más frecuentado en las investigaciones que tienen relación con la depresión debido a su alta confiabilidad tanto en poblaciones clínicas como en no clínicas Beck, Steer y Garbin 1988; Beck y Garrison (1986). Y en cuanto a la población peruana, Carranza (2013) dio validez del instrumento, investigando sobre las propiedades psicométricas del instrumento en universitarios de Lima metropolitana, sin embargo, esto no implica que el instrumento que estandarizo sea estéril en personas no universitarios, como menciona el autor en su informe. Los índices psicométricos estudiados por Carranza muestran una buena consistencia interna (alfa combrach). Como a la vez obtuvo la validez del contenido y la validez del constructo a través de la técnica análisis factorial obteniendo resultados altos y

satisfactorios, por lo tanto, esto nos indica que el instrumento presenta validez, consistencia interna y estabilidad del instrumento muy aceptables.

3.8. ASPECTOS ÉTICOS

La presente investigación no presenta riesgo alguno para la salud de los participantes, se considera el respeto a la autonomía, la confidencialidad y el anonimato; también se toma en cuenta el código de ética profesional del Colegio de Psicólogos del Perú, por la cual se establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud mental.

CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

Se recolectó un total de 100 inventarios de madres que habitan el centro poblado ciudad de Dios, ubicado en el kilómetro 975 de la Panamericana Norte, Piura; mismos instrumentos de






evaluación fueron empleados para determinar la incidencia de depresión y ansiedad en las mujeres que habitan el centro poblado.

Con fines de sistematización y facilidad de procesamiento de datos, así como de su comprensión, en adelante se empleará las siguientes siglas:

- BDI: Inventario de depresión de Beck.
- BAI: Inventario de ansiedad de Beck.
- MDCPCD: Mujeres del centro poblado ciudad de Dios.

Con respecto a los niveles de depresión en general se obtuvieron los siguientes resultados.

Tabla 2: incidencia de depresión en MDCPCD

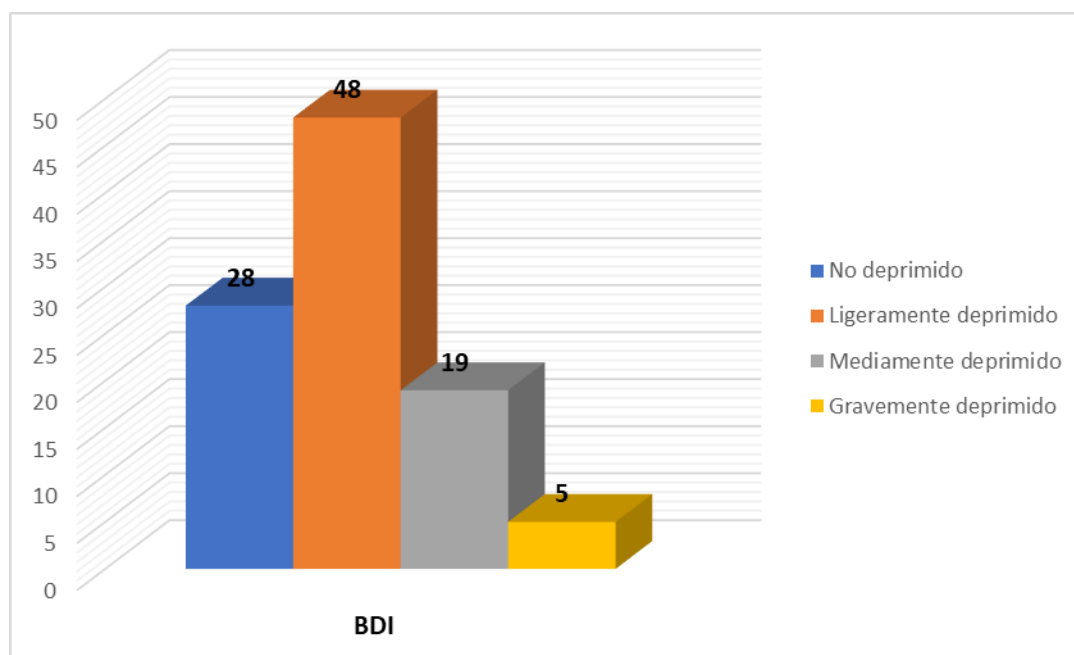
Incidencia BDI	Frequency	Percent	Cum. Percent	
1. No Deprimido	28	28.00%	28.00%	
2. Ligeramente Deprimido	48	48.00%	76.00%	
3. Medianamente Deprimido	19	19.00%	95.00%	
4. Gravemente Deprimido	5	5.00%	100.00%	
Total	100	100.00%	100.00%	

Exact 95% Conf Limits

1. No Deprimido	19.48%	37.87%
2. Ligeramente Deprimido	37.90%	58.22%
3. Medianamente Deprimido	11.84%	28.07%
4. Gravemente Deprimido	1.64%	11.28%

Fuente: Elaborado en base al Inventario de Depresión de Beck aplicado a las MDCPCD, mayo 2019.

Grafico 1:Incidencia de depresión en MDCPCD.



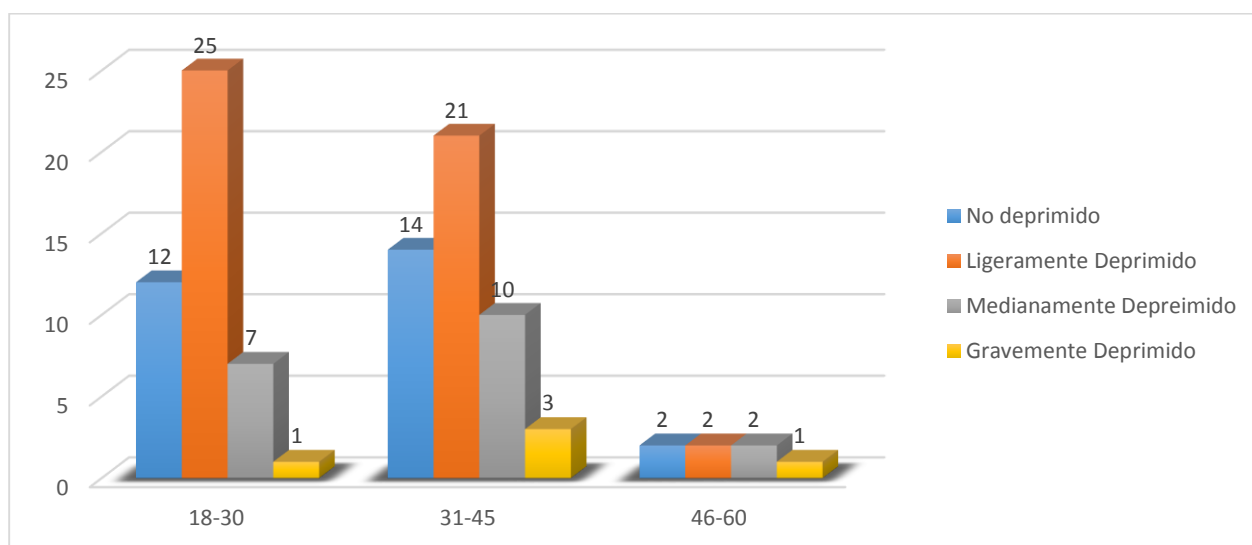
Fuente: elaborado en base a la tabla estadística N°2

Tabla 3: Incidencia de depresión según grupo etario.

Mujeres del centro Poblado Ciudad de Dios								
	No deprimido	Porcentaje %	Ligeramente Deprimido	Porcentaje %	Medianamente Deprimido	Porcentaje %	Gravemente Deprimido	Porcentaje %
18-30	12	12.00%	25	25.00%	7	7.00%	1	1.00%
31-45	14	14.00%	21	21.00%	10	10.00%	3	3.00%
46-60	2	2.00%	2	2.00%	2	2.00%	1	1.00%

Fuente: Elaborado en base al Inventario de Depresión de Beck aplicado a las MDCPCD, mayo 2019.

Grafico 2: Incidencia de depresión en MDCPCD según grupo etario.



Fuente: Elaborado en base a la tabla estadística N°3

Con respecto a los niveles de ansiedad en general se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 4: Incidencia de ansiedad en MDCPCD.

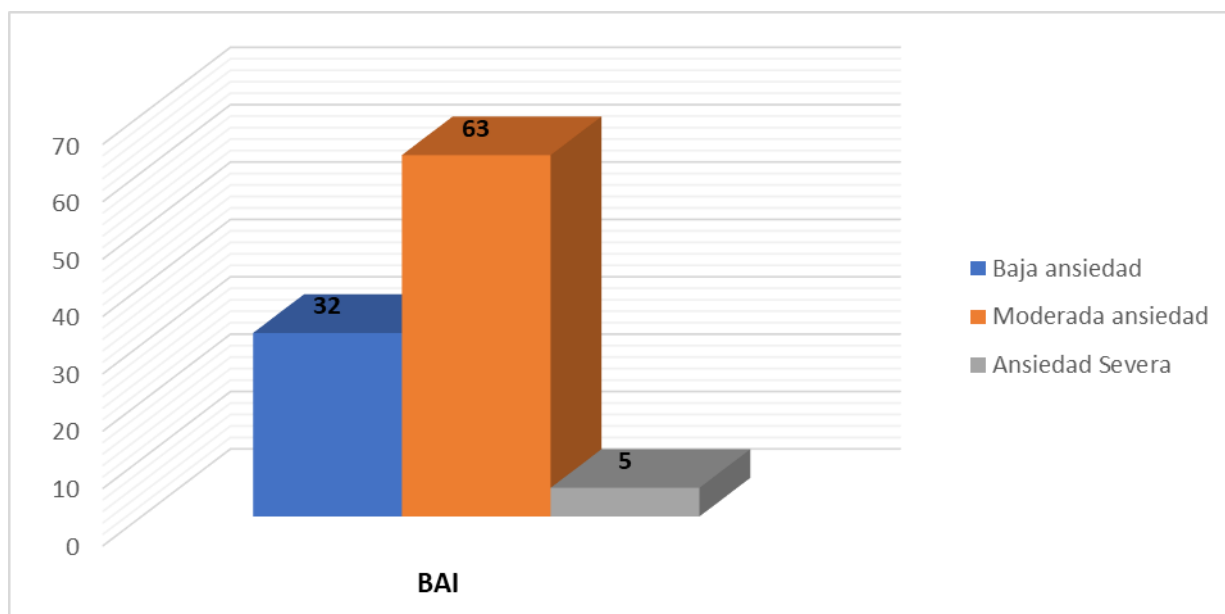
Incidencia BAI	Frequency	Percent	Cum. Percent	
1.Baja Ansiedad	32	32.00%	32.00%	
2. Moderada Ansiedad	63	63.00%	95.00%	
3. Ansiedad Severa	5	5.00%	100.00%	
Total	100	100.00%	100.00%	

Exact 95% Conf Limits

1.Baja Ansiedad	23.02%	42.08%
2. Moderada Ansiedad	52.76%	72.44%
3. Ansiedad Severa	1.64%	11.28%

Fuente: Elaborado en base al Inventario de Ansiedad de Beck aplicado a las MDCPCD, mayo 2019.

Grafico 3: Incidencia de ansiedad en MDCPCD.



Fuente: Elaborado en base a la tabla estadística N°4

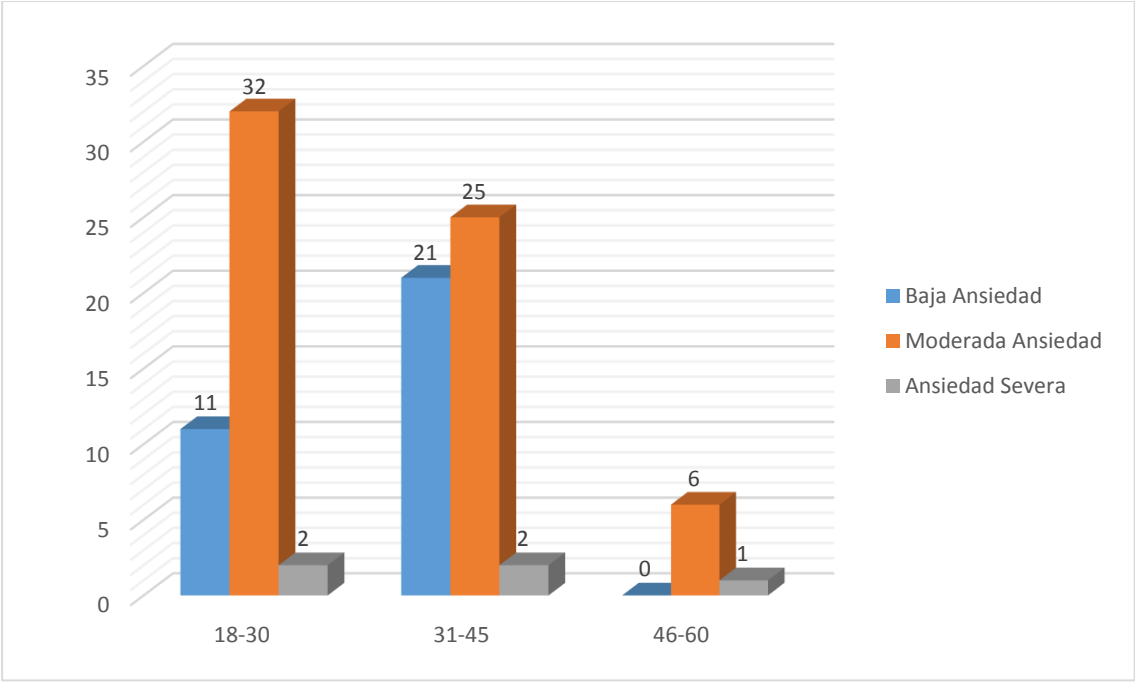
Tabla 5: Incidencia de ansiedad según grupo etario.

Mujeres del centro poblado ciudad de Dios						
	Baja Ansiedad	Porcentaje%	Moderada Ansiedad	Porcentaje %	Ansiedad Severa	Porcentaje %
18-30	11	11.00%	32	32.00%	2	2.0%
31-45	21	21.00%	25	25.00%	2	2.0%
46-60	0	0.00%	6	6.00%	1	1.0%

Fuente: Elaborado en base al Inventario de Ansiedad de Beck aplicado a las MDCPCD, mayo 2019.

Grafico 4: Incidencia de ansiedad en MDCPCD según grupo etario.

.



Fuente: Elaborado en base a la tabla estadística N°5

4.2 DISCUSIÓN

El haber sido afectados por el FEN, puede repercutir muy probablemente en la población que es víctima del fenómeno que no solo sufre lesiones, traumatismo y enfermedades a nivel físico, sino que también ocasiona enfermedades mentales, como las que se intentan explorar en esta investigación, tales como la incidencia de depresión y ansiedad. Para la medición de la incidencia de depresión y ansiedad se empleó el Inventario de Depresión y Ansiedad de Beck, ambos instrumentos presentan validez y consistencia interna como lo cita Carranza (2013) y Thornberry (2011), además que ambos instrumentos pueden ser utilizados en poblaciones clínicas como en poblaciones no clínicas.

Del total de la muestra en cuanto a los resultados del BDI de las MDCPCD, el 28% fueron clasificados, según BDI, como no deprimidos; un 19% como medianamente deprimido; un 48% como ligeramente deprimido, y un 5% como gravemente deprimidos. De igual forma se detectó incidencia de depresión en los damnificados de la ciudad de Chincha, víctimas del terremoto del 2007, ocupando el 23% de las atenciones por trastorno depresivo, (Organización Panamericana de la Salud, 2010).

En cuanto al grupo etario, se registra un 12%, según Beck, como No Deprimidos, este resultado se evidencia entre los años que comprenden 18-30; así mismo un 14% de la muestra, igualmente como No Deprimidos entre las edades que comprenden 31-45 y un 2% de la muestra como No Deprimido en el grupo etario 46-60. Encontrando a un 28% con este diagnóstico según BDI, en las MDCPCD.

En relación a los grupos etarios, según BDI, un 25% de la muestra se ubica como Ligeramente Deprimido en las edades que comprenden 18-30; 21% con el mismo diagnóstico, según Beck, en el grupo etario 31-45, y 2% en las edades que comprenden 46-60 como Ligeramente Deprimido. Y en cuanto a la categoría Medianamente deprimido se registró un 7% en el grupo etario 18-30; un 10% en los años que comprenden 31-45 y 2% en las edades 46-60

igualmente como Medianamente deprimido. Y para Gravemente Deprimido se registró un 1% en las edades 18-30; un 3% en el grupo etario 31-45; y 1% en el grupo etario 45-60.

A nivel global se evidencia que más de la mitad de la muestra presenta un cuadro depresivo siendo un 72%, muy probable por las contingencias aversivas que han sufrido las madres del centro poblado ciudad de Dios y a su vez como la pérdida de reforzadores positivos, como menciona Ferster (1966) que el castigo y la disminución brusca de los reforzadores [positivos], en ausencia de otros alternativos producen la reducción de la conducta y reacciones emocionales negativas como tristeza, desesperanza y frustración; y como postula Skinner (1953) que menciona que la depresión es el resultado de un debilitamiento de la conducta debido a la interrupción de secuencias de la misma que habían sido reforzadas positivamente por el ambiente social, entorno social en que ya no se encuentran a causa del FEN.

Ferster (1966) dio más detalles con respecto a la aparición de la depresión como los cambios ambientales, el castigo y el control aversivo y cambios en las contingencias de reforzamiento pueden dar lugar a la depresión. Esto nos da más claridad con respecto al entendimiento de los resultados registrados en las MDCPCD puesto que ellas han sido víctimas del FEN; su entorno social ha cambiado como a la vez sus condiciones de vida, siendo estos sucesos que también influyen en la incidencia de la depresión.

Por otra parte, considerando el 100% de la muestra; los resultados del BAI para la incidencia de ansiedad, se registró un 32% con Baja ansiedad; un 63% de Moderada ansiedad y un 5% de Ansiedad Severa, según el BAI. Porcentaje igualmente superior en cuanto a las atenciones por ansiedad, se encontró en los damnificados por el terremoto que sacudió la ciudad de Chíncha en el 2007, registrando un 48% del total de las atenciones que correspondieron a los meses de agosto y diciembre, en comparación a las atenciones por depresión que registraron un 23%, evidenciando que el mayor número de las atenciones en salud mental fueron por ansiedad (OPS, 2010).

Hacer mención que los resultados evidencian que menos de la mitad de la muestra presenta signos y síntomas de ansiedad y que el 68% de la muestra restante, en cuanto a su condición, va de lo moderado a lo severo para el BAI. Evidencia que las exposiciones a eventos muy aversivos provocan en la persona que lo vivencia, los signos y síntomas propios de la ansiedad, los cuales que, sin ayuda terapéutica, el proceso de adecuación sería tardío y consecuentemente causaría problemas en las esferas personales de la persona, tales problemas como los síntomas de evitación que reflejan el intento del individuo para conseguir un alejamiento psicológico y emocional del trauma; Creamer, Burgess y Pattison (1992), mencionan que los síntomas de evitación constituyen una respuesta ante la sintomatología invasiva, como los recuerdos traumáticos que invaden la conciencia, también lo hacen las emociones negativas asociadas al trauma original.

Los registros según grupo etario, para la incidencia de ansiedad, empleando el total de la muestra, se registra un 11% con Baja ansiedad para el grupo etario 18-30. Un 21% de Baja Ansiedad para las edades 31-45, así mismo no se registra Ansiedad Baja para el grupo de las edades que comprenden 46-60.

Para las edades 18-30 presentan un 32% de Moderada Ansiedad; un 25% de Moderada Ansiedad para el rango de edades 31-45 y para las edades que comprenden 46-60 se registra un 6% de Moderada Ansiedad.

En cuanto para el diagnóstico Ansiedad Severa los registros son bajos, siendo un 2% para el rango que comprenden 18-30, de la misma forma un 2% para el grupo etario 31-45; y para las edades 46-60 se registra 1%.

Como se evidencia, se registra la presencia de ansiedad en poblaciones vulnerables como la de la presente investigación, que sufrió y sufre los estragos del FEN, este suceso mengua su calidad de vida y persona, alterando la falta de sensibilidad que constituye un intento de cortar

con los sentimientos aversivos asociados a los recuerdos invasivos como lo cita Astin (1994); Resick y Schnicke, (1992). Este síntoma puede llegar a generalizarse, resultando un desapego de todas las emociones positivas como las negativas a causa de su insensibilidad, y mengua en su calidad de vida porque este desapego a las emociones interferiría con la capacidad de la persona para relacionarse con las demás y disfrutar su vida cotidiana.

En cuanto a las enfermedades mentales registradas post desastre, las enfermedades de carácter psicológico halladas en la presente investigación son similares a las registradas en otros fenómenos, como en el caso del sismo de magnitud de 7.9 en la escala de Richter, que se registró el 13 de enero de 2001 en El Salvador; entre las reacciones emocionales más frecuentes que se encontraron fueron: tristeza, depresión, intentos de suicidio, ansiedad, síndrome de estrés postraumático, desorganización personal y conductas violentas. Gran parte de los afectados sufrieron la desorganización de sus núcleos familiares por pérdida total, o parcial de los miembros de la familia (OPS, 2002). De igual manera se registró depresión, ansiedad y estrés post traumático en el estudio realizado en adolescentes chilenos víctimas del terremoto del 27 de febrero del 2010, los resultados indican un aumento en la incidencia de todos los desórdenes mencionados con anterioridad, corroborando al género femenino como una población de riesgo al alcanzar puntajes significativamente mayores que los hombres en todas las escalas. Además, se demostró una estrecha relación de co-morbilidad entre los síntomas de los trastornos evaluados. (Camila A. Díaz, Gonzalo R. Quintana y Edgar H. Vogel, 2011)

De relevancia para el entendimiento objetivo de la presente investigación que los criterios de evaluación como Baja ansiedad, Moderada ansiedad, y Severa ansiedad son tomas de BAI y así mismo, los criterios de No deprimido, levemente deprimido, Moderadamente deprimido y Gravemente deprimido son referencia a los criterios del BDI. Estos criterios diagnósticos no son definitivos a razón de que el BDI y BAI no son instrumentos diagnósticos por sí solo, y no sustituyen el criterio de un profesional de la salud o los criterios del Manual diagnóstico y

estadístico de los trastornos mentales el cual menciona diferentes tipos de ansiedad y depresión. Siendo el Trastorno por Estrés Postraumático (TEP) uno de ellos; y que se menciona porque una de las causas que lo origina es sufrir desastres naturales; además que los criterios característicos del TEP coinciden con lo que padecieron las MDCPCD, tales como haber experimentado, haber sido testigo o haberse enfrentado a un acontecimiento que entrañase una amenaza de muerte, una muerte real, una lesión grave o una amenaza a la integridad física. Y En segundo criterio, la respuesta de la persona al suceso tuvo que incluir un miedo intenso, indefensión o terror APA (1994); características propias de las mujeres del centro poblado ciudad de Dios, ellas que experimentaron un acontecimiento que amenazo con su vida y el miedo natural que le ocasiono este suceso siendo esta variable una de las limitaciones de esta investigación y que se menciona para que futuras investigaciones trabajen en esta variable que muy probable esté presente en los pobladores del centro poblado ciudad de Dios, tal como lo registro Contreras (2017), hallando niveles significativos de EPT en los pobladores de Huanchaco, ubicados en el polideportivo del C.P. El Milagro.

CONCLUSIONES

- La ansiedad y depresión son un conjunto de síntomas y signos que se originan a partir de un evento aversivo, como el que sufrieron las mujeres de la presente investigación y en ellas se halló la incidencia de depresión y ansiedad.
- Los valores de incidencia de depresión son elevados; la incidencia se registró en un 72% del total de la muestra.
- La incidencia de depresión registrada es mayor en las mujeres que comprenden las edades 18 a 30, registrándose un 25% y en el grupo etario 31 a 45, registrándose un 21%.
- Los registros de incidencia de ansiedad son altos, se registra un 64% del total de la muestra.
- Se registró una elevada incidencia de ansiedad en el grupo etario 18 a 30, en este grupo se halló un 31% y en las edades que comprenden 31 a 45 se registró un 25% del total de la muestra.

RECOMENDACIONES

- Se debe tomar los datos registrados como referenciales, debido a que el BDI y BAI no son instrumentos diagnósticos por si solos y que los criterios deben acompañarse con una evaluación clínica concomitante.
- Se recomienda terapia psicológica y asistencia social a causa de la alta incidencia de depresión y ansiedad, así mismo considerar el nivel educativo en las intervenciones psicológicas.
- Se considera dar seguimiento y reevaluar en un tiempo determinado para estudiar la evolución de la incidencia de la ansiedad y depresión.
- Se recomienda a las instituciones estatales y privadas el implementar actividades de Afrontamiento y Resiliencia en desastres naturales a través de capacitaciones, charlas, entrenamientos, talleres, etc. Con el objetivo de empoderar a la población en este tipo de desastres naturales.
- Se recomienda a futuros investigadores el interés por el estudio de la psicología en desastres naturales, lo que serviría como antecedentes para investigaciones futuras, ya que se evidencio una carencia en este tipo de contexto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso. F. (2008) Fundamentos de la psiquiatría actual. Tomo I. 4ª edición. Madrid: Revista Neuropsiquiatria.
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4a edición) (dsm-iv). Washington, D. C: APA.
- Arenas, M. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. Escritos de Psicología.
- Ariel R. y Fernández R., Salud mental en la comunidad en situaciones de desastre. Una revisión de los modelos de abordaje en la comunidad. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.
- Astin, M. C., Layne, C. M., Camilleri, A. J. y Foy, D. W. (1994). Posttraumatic stress disorder in victimization-related traumata. En J. Briere (dir.), Assessing and treating victims of violence. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bambarén A., C. (2011) Salud mental en desastres naturales Rev. Psicología.
- Baladan, C. y Thayer, J. (2001) Balances neurológicos y niveles de ansiedad. Revista de Ansiedad EE.UU.
- Bayés, R. & Pinillos, J.L. (Eds.). (1998). Aprendizaje y condicionamiento. Tratado de psicología general. Vol.2. Madrid: Ed. Alhambra.
- Beck, A.T. (1988). Terapia cognitiva en el desorden de la depresión. I.U. Press, New York.
- Bowman, M. (1997). Individual differences in posttraumatic response: Problems with the adversity-distress connection. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Camila A. Díaz, Gonzalo R. Quintana & Edgar H. Vogel 2001 Síntomas de depresión, ansiedad y estrés post-traumático en adolescentes siete meses después del terremoto del 27 de febrero de 2010 en Chile Facultad de Psicología, Universidad de Talca, Chile.
- Carranza L, 1891: Contra-corriente marítima, observada en Paita y Pacasmayo. Bol. Soc. Geogr. Lima.
- Carranza (2013) propiedades psicométricas del inventario de depresión de beck universitarios de lima.

- Cohen, R. (2008). Lecciones aprendidas durante desastres naturales. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 25, 109-117.
- Chinchilla, A. (2008) La depresión y sus máscaras, aspectos terapéuticos. Traducido por Pérez, Universidad de La Rioja España.
- Cattell R., y Scheier, I. H (1973). The meaning and measurement of neuroticism and anxiety, Ronald Press.
- Cobo, J. y Romero I., (1997) El constructor ansiedad en Psicología: una revisión. *Estudios de la psicología*, México.
- Cobo Gómez, J. (2015). El concepto de depresión. Historia, definición(es), nosología, clasificación. [tps://psiquiatria.com/depresion/el-concepto-de-depresion-historia-definicion-es-nosologia-clasificacion/](https://psiquiatria.com/depresion/el-concepto-de-depresion-historia-definicion-es-nosologia-clasificacion/)
- Contreras, K. y Ibañez, L., (2017) Estrés post traumático por el fenómeno del niño costero en jóvenes y adultos en el Polideportivo del C.P. El Milagro – Distrito de Huanchaco.
- Creamer, M., Burgess, P. y Pattison, P. (1992). Reactions to trauma: A cognitive processing model. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 452-459.
- Domjan, M. (1999). Principios de aprendizaje y conducta. México: Thomson.
- ENFEN, 2012: Definición operacional de los eventos El Niño y La Niña y sus magnitudes en la costa del Perú. Nota Técnica ENFEN.
- ENFEN 2017, Informe Técnico Extraordinario N°001-2017/ENFEN EL NIÑO COSTERO 2017 Decreto Supremo N° 007-2017-PRODUCE-Perú.
- Ferster, C. (1973) Análisis funcional de la depresión. *Revista de Psicología*, Buenos Aires Argentina.
- Figley, C. R. (1985). Trauma and its wake: Traumatic stress theory, research and intervention. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Filizzola, G. y Lopez, G. (1995). Víctimas y victimarios. Paris: PUF.
- Freud, S. (1936) El problema de la ansiedad, Norton, New York.
- Gaborit, M. (2006) Desastres y trauma psicológico. Universidad Centroamericana José Simeón Cañas (El Salvador). Artículo publicado originalmente en la revista Estudios Centroamericanos (ECA). Pensamiento Psicológico, V ol.2.

- Krusemark, E. A. & Li, W. (2012) Enhanced Olfactory Sensory Perception of Threat in Anxiety: An Event-Related fMRI Study. *Chemosensory Perception*.
- Lazarus, R. (1999) *Psicología del stress y sus procesos*. McGraw-Hill, New York.
- Manrique, E. (2002). Una guía breve para la evaluación cognitivo-conductual de la fobia social. *Boletín PROMO- TEC*, Vol. 2.
- Muñoz y Silva (2006). *Asistencia a múltiples víctimas*. España. MAD.
- Norris, F., & Elrod, C. (2006). Psychosocial consequences of disaster. A review of past research. En F. Norris, S. Galea, M. Friedman, & P. Watson (Eds.), *Methods for Disaster Mental Health Research* (p. 3-19). New York, USA: Guilford Press.
- Norris, F.H., Friedman, M.J., & Watson, P.J. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part II. Summary and implications of the disaster mental health research. *Psychiatry*, 65, 240-260.
- Norris, F.H., Friedman, M.J., Watson, P.J., Byrne, C.M., Diaz, E., & Kaniasty, K. (2002) 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry*, 65, 207-239.
- Organización Panamericana de la Salud. (2002). *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- OPS. Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Terremoto de Pisco – Perú. A dos años del sismo, crónica y lecciones aprendidas en el sector salud*. 1. Perú: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias. Serie de manuales y guías sobre desastres*. Washington: OPS, OMS; 2010.
- Pavlov, I.P. *conditioned reflexes and psychiatry*. International Publishers, New York 1941.
- Pualos E. (2004) *The familiar stranger: Anxiety comfort, and playin in public places*.
- Pérez, J. y Gardey, A. Publicado: 2008. Actualizado: 2012. Definición de depresión (<https://definicion.de/depresion/>).
- Priebe, S., Grappasonni, I., Mari, M., Dewey, M., Petrelli, F., & Costa, A. (2009) post-traumatic stress disorder six months after an earthquake. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Resick, P. A. y Schnicke, M. K. (1992). *Cognitive Processing Therapy for sexual assault*.

- Romero, O. y Morales, M., (1992) Reacciones psicológicas ante un desastre natural: La inundación de El Limón. Centro de Investigaciones Psicológicas Universidad de Los Andes, Venezuela. Med-ULA, Revista de la Facultad de Medicina. Universidad de los Andes. Marzo 1992. Vol1. N°1.
- Sandín, B. (1997). Síndromes clínicos de la ansiedad, Manual de psicopatología, Vol.2
- Selimgman, M.E.P., KEIN,D.C. y MILLER. W..R. Depresion. En H. Leitenber (ED): Handbock of behavior Modification and behavior Therapy, Englewood Cliffs, New Jersey, 1976 victims. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60, 748-760. Madrid: McGraw-Hill.
- Skinner, B.F. Science and human behavior. Macmillan, New York 1953.
- Stefanis, C.N., & Stefanis, N.C. (2002) Diagnosis of depressive disorders: A review. En Maj, M. & Sartorius, N. (Eds.), *Depressive Disorders* (p. 1-87). New York: John Wiley & Sons Ltd
- Tapia C., R. C., Sepúlveda A., J., Medina M., M. E. (2015). Prevalencia del síndrome de estrés postraumático en la población sobreviviente a un desastre natural. Recuperado de [http:// saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/271](http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/271)

ANEXOS

Anexo N°1

Consentimiento informado

Estimada (o) Participante

Ante todo muchas gracias por tu tiempo y atención. La presente investigación está conducida por Reyman Stalin Vilchez Jimenez, bachiller de la carrera de Psicología de la Universidad Nacional de Piura, identificado con el DNI: 76435018. El objetivo del estudio es conocer algunas características de sus estados emocionales. De aceptar formar parte del estudio, se te solicitará que respondas algunas preguntas de un cuestionario, para lo cual necesitarás aproximadamente 15 minutos. Es importante que tengas en cuenta que tu participación durante todo el proceso es completamente voluntaria y que las respuestas que serán absolutamente anónimas. Esto significa que no se te podrá identificar y los resultados que obtengas no se compartirán con ninguna persona. Los resultados obtenidos a nivel grupal tienen un fin estrictamente de investigación, por lo cual podrán ser publicados o compartidos en contextos académicos. Por ello es importante que respondas con la mayor sinceridad posible.

Luego de haber sido informada o informado acerca de la investigación conducida Reyman Stalin Vilchez Jimenez, acepto participar voluntariamente en el proceso. Entiendo que la información que proporcione será estrictamente anónima y que los datos obtenidos serán utilizados exclusivamente para fines académicos.

Nombre y Apellido

Firma

Fecha

Anexo N°2

Cuestionario: IDB

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección. Esta información es confidencial.

1)

- ☐ No me siento triste
- ☐ Me siento triste.
- ☐ Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- ☐ Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2)

- ☐ No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- ☐ Me siento desanimado respecto al futuro.
- ☐ Siento que no tengo que esperar nada.
- ☐ Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3)

- ☐ No me siento fracasado.
- ☐ Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- ☐ Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- ☐ Me siento una persona totalmente fracasada.

4)

- ☐ Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- ☐ No disfruto de las cosas tanto como antes.
- ☐ Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- ☐ Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5)

- ☐ No me siento especialmente culpable.
- ☐ Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- ☐ Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- ☐ Me siento culpable constantemente.

6)

- ☐ No creo que esté siendo castigado.
- ☐ Me siento como si fuese a ser castigado.
- ☐ Espero ser castigado.
- ☐ Siento que estoy siendo castigado.

7)

- ☐ No estoy decepcionado de mí mismo.
- ☐ Estoy decepcionado de mí mismo.
- ☐ Me da vergüenza de mí mismo.
- ☐ Me detesto.

8)

- ☐ No me considero peor que cualquier otro.
- ☐ Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.
- ☐ Continuamente me culpo por mis faltas.
- ☐ Me culpo por todo lo malo que sucede.

9)

- ☐ No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- ☐ A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- ☐ Desearía suicidarme.
- ☐ Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10)

- ☐ No lloro más de lo que solía llorar.
- ☐ Ahora lloro más que antes.
- ☐ Lloro continuamente.
- ☐ Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11)

- ☐ No estoy más irritado de lo normal en mí.
- ☐ Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- ☐ Me siento irritado continuamente.
- ☐ No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
- ☐ Me canso en cuanto hago cualquier cosa.

12) .

- ☐ Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- ☐ Evito tomar decisiones más que antes.
- ☐ Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- ☐ Ya me es imposible tomar decisiones.

13) .

- ☐ No creo tener peor aspecto que antes.
- ☐ Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- ☐ Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- ☐ Creo que tengo un aspecto horrible.

14) .

- ☐ Trabajo igual que antes.
- ☐ Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- ☐ Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- ☐ No puedo hacer nada en absoluto.

15) .

- ☐ Duermo tan bien como siempre.
- ☐ No duermo tan bien como antes.
- ☐ Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- ☐ Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

16) .

- ☐ No me siento más cansado de lo normal.
- ☐ He perdido totalmente mi interés por el sexo.
- ☐ Estoy demasiado cansado para hacer nada.

17)

- ☐ No he perdido el interés por los demás.
- ☐ Estoy menos interesado en los demás que antes.
- ☐ He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- ☐ He perdido todo el interés
- ☐ Me canso más fácilmente que antes.

18) .

- ☐ Mi apetito no ha disminuido.
- ☐ No tengo tan buen apetito como antes.
- ☐ Ahora tengo mucho menos apetito.
- ☐ He perdido completamente el apetito.

19) .

- ☐ Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- ☐ He perdido más de 2 kilos y medio.
- ☐ He perdido más de 4 kilos.
- ☐ He perdido más de 7 kilos.
- ☐ Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20) .

- ☐ No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- ☐ Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- ☐ Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- ☐ Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21) .

- ☐ No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- ☐ Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- ☐ Estoy mucho menos interesado por el sexo.

Anexo N°3**Cuestionario:****IAB****Nombres:** _____**Fecha:** _____ **Edad:** _____ **Sexo:** _____

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de ansiedad, lea cada uno de los ítems e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo el día de hoy.

	EN ABSOLUTO	LEVEMENTE	MODERADAMENTE	SEVERAMENTE
1. Entumecimiento muscular u hormigueo				
2. Acalorado				
3. Con temblor en las piernas				
4. Incapaz de relajarme				
5. Con temor de que pase lo peor				
6. Mareado				
7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados				
8. Inestable				
9. Atemorizado o asustado				
10. Nervioso				
11. Con sensación de asfixia				
12. Con temblores en las manos				
13. Inquieto o inseguro				
14. . Con miedo a perder control				
15. Con sensación de ahogo				
16. Con temor a morir				
17. Con miedo				
18. Con problemas digestivos				
19. Con desvanecimientos o debilidad				
20. Con rubor facial				
21. Con sudores fríos o calientes (no debido a la temperatura del ambiente)				

